

Intentie om te minderen of te stoppen met blowen en opvattingen over hulp zoeken

Een verkennend onderzoek onder
online geworven cannabisgebruikers



Intentie om te minderen of te stoppen met blowen en opvattingen over hulp zoeken

Een verkennend onderzoek onder online
geworven cannabisgebruikers

Colofon

Opdrachtgever

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Financiering

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Projectleiding

Matthijs Blankers

Projectuitvoering

Marleen Olthof

Matthijs Blankers

Margriet van Laar

Advies

Anneke Goudriaan

Vormgeving en productie

Canon Nederland N.V.

Productie

Canon Nederland N.V.

De uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel. Artikelnummer **AF1759**.

Trimbos-instituut

Postbus 725

3500 AS Utrecht

Da Costakade 45

3521 VS Utrecht

www.trimbos.nl

© 2020, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoud

Samenvatting	5
1 Inleiding	9
1.1 Achtergrond	9
1.2 Onderzoeksvragen	10
1.3 Leeswijzer	10
2 Methode	11
2.1 Steekproef	11
2.2 Werving	11
2.3 Online vragenlijst	11
2.4 Respons	12
2.5 Statistische analyses	13
3 Kenmerken van de respondenten	15
3.1 Demografische gegevens	15
3.2 Gegevens over cannabisgebruik	17
3.3 Representativiteit van de steekproef	17
3.4 Setting van gebruik en gebruikswijze	19
3.5 Redenen om cannabis te gebruiken	21
3.6 Mate van probleemgebruik	22
3.7 Gebruik van andere middelen	22
4 Intentie ten aanzien van minderen of stoppen met cannabisgebruik	25
4.1 Theorie van gepland gedrag	25
4.2 Verschillen tussen cannabisgebruikers die wel en die niet van plan zijn om te minderen of te stoppen	28
4.3 Factoren die samenhangen met de intentie om te minderen of te stoppen	29
5 Kennis, ervaringen en opvattingen over stoppen	33
5.1 Ervaring met minderen en stoppen	33
5.2 Redenen om te minderen of stoppen	36
5.3 Stopondersteuning – kennis en ervaring	38
5.4 Stopondersteuning – opvattingen en intenties	38
5.5 Stopondersteuning – ervaringen	41
6 Conclusie en discussie	43
6.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen	43
6.2 Conclusie en implicaties	46
6.3 Beperkingen en meerwaarde van dit onderzoek	47

Referenties	49
Appendix I – Representativiteit van de steekproef	53

Samenvatting

Frequent cannabisgebruik kan schadelijk zijn voor de gezondheid en vormt een risicofactor voor verslaving. In Nederland zijn er effectieve behandelingen beschikbaar voor cannabisgebruikers. Echter, relatief weinig cannabisgebruikers maken gebruik van dit hulpaanbod. Om meer inzicht te krijgen in de opvattingen die frequente cannabisgebruikers hebben over minderen of stoppen met blowen en over hulp zoeken heeft het Trimbos-instituut een verkennend online vragenlijstonderzoek uitgevoerd: het Grote Hasj en Wiet Onderzoek (GHWO).

Van april tot juni 2018 konden cannabisgebruikers van 18 jaar of ouder meedoen aan dit onderzoek. Cannabisgebruikers konden deelnemen indien zij regelmatig cannabis gebruikten (minimaal één keer per week in de afgelopen 6 maanden) of ooit in hun leven regelmatig cannabis hadden gebruikt. Het laatste cannabisgebruik mocht niet langer dan 6 maanden geleden zijn. Respondenten zijn doelgericht geworven via Facebook en Instagram.

De netto steekproef van dit onderzoek bestaat uit 1041 respondenten, de gemiddelde leeftijd bedraagt 24.8 jaar ($SD=7.5$). Van de deelnemers valt 92% in de leeftijdscategorie 18-35 jaar. Bijna alle deelnemers (95.4%) gebruikten in de afgelopen maand cannabis. Cannabisgebruikers die in de afgelopen 30 dagen op 20 dagen of meer dagen cannabis hebben gebruikt worden gezien als (bijna) dagelijkse gebruikers. Dit geldt voor twee derde van de deelnemers ($N=696$, 66.9%).

1. Wat zijn belangrijke motieven om cannabis te gebruiken?

De deelnemers gebruiken cannabis met name uit routine ('uit gewoonte') en vanwege het genot ('omdat het een lekker gevoel geeft'). Deze motieven zijn in kaart gebracht door middel van de Marijuana Motives Measure (MMM).

Bijna de helft van de deelnemers ($N=436$, 41.9%) geeft aan cannabis (mede) als 'medicijn' te gebruiken. Slechts twee deelnemers krijgen cannabis op doktersrecept. Voor het merendeel van de deelnemers lijkt het cannabisgebruik in ieder geval in enige mate problematisch. Wanneer wordt voldaan aan 2 of meer DSM-5 criteria kan worden gesproken van een stoornis is het gebruik van cannabis. Ruim 70% van de deelnemers voldoet naar eigen zeggen aan 2 of meer criteria. Eerder onderzoek onder frequente cannabisgebruikers (≥ 3 dagen per week) toont aan dat naar schatting één op de drie frequente cannabisgebruikers een cannabisverslaving ontwikkelt.

2. Welke ervaring hebben cannabisgebruikers met minderen en/of stoppen?

Bijna 70% van de deelnemers heeft ooit geprobeerd om te minderen of te stoppen met het gebruik van cannabis. De deelnemers die ooit hebben geprobeerd om te stoppen ($N=382$) deden gemiddeld bijna 6 stoppogingen ($SD=22.49$, mediaan=2). De deelnemers die ooit hebben geprobeerd om te minderen ($N=519$) deden gemiddeld ruim 5 pogingen ($SD=13.36$, mediaan=3). De meest gebruikte strategieën bij het minderen/stoppen zijn: 'ik dacht aan alle voordelen van het stoppen met cannabis', 'ik probeerde mezelf af te leiden' en 'ik dacht

aan alle nadelen van het gebruik van cannabis'. De belangrijkste redenen om te minderen/stoppen zijn 'om geld te besparen', gevolgd door 'om me energiever te voelen' en 'om meer dingen gedaan te krijgen gedurende de dag'. Geconcludeerd kan worden dat het besparen van geld een belangrijk motief is voor cannabisgebruikers om te stoppen met blowen.

3. Welke verschillen bestaan er tussen cannabisgebruikers die wel en die niet van plan zijn om te minderen of te stoppen?

De meerderheid van de deelnemers geeft aan van plan te zijn om in de toekomst te minderen of te stoppen met het gebruik van cannabis. Een derde van de deelnemers (33.2%) geeft aan van plan te zijn om te minderen. Daarnaast geeft bijna een derde (30.8%) aan van plan te zijn om te stoppen. De deelnemers die van plan zijn om te minderen of te stoppen verschillen op een aantal kenmerken van deelnemers die niet van plan zijn om te minderen/stoppen. Deelnemers die van plan zijn om te minderen/stoppen zijn namelijk:

- gemiddeld jonger
- lijken meer problemen te ervaren door hun cannabisgebruik (meer DSM-5 symptomen)
- lijken een meer positieve attitude ten aanzien van stoppen te hebben
- hebben een sterkere overtuiging dat hun naasten het zouden goedkeuren wanneer zij zouden stoppen (subjectieve norm t.a.v. stoppen)
- en hebben er minder vertrouwen in dat zij succesvol kunnen stoppen of gestopt kunnen blijven (mate van self-efficacy)

4. Welke kennis, ervaring en opvattingen hebben cannabisgebruikers over verschillende vormen van stopondersteuning?

Kennis

De meest bekende vorm van stopondersteuning is een behandeling in de klinische verslavingszorg. Slechts 4% van de deelnemers geeft aan deze vorm van ondersteuning niet te kennen. De minst bekende vorm van stopondersteuning is online zelfhulp. Van alle deelnemers geeft 39% aan niet op de hoogte te zijn van het bestaan van ongeleide online zelfhulp. Daarnaast weet 37% niet van het bestaan van geleide online zelfhulp.

Ervaring

De meest gebruikte vorm van ondersteuning is sociale steun van naasten (35%), gevolgd door info zoeken op internet (20%) en behandeling in de ambulante verslavingszorg (18%). Aan de deelnemers is gevraagd in welke mate de vormen van stopondersteuning die zij hebben gebruikt hebben geholpen bij het minderen/stoppen. Volgens de deelnemers helpt sociale steun door naasten het best bij het minderen of stoppen.

Opvattingen

Sociale steun door naasten en behandeling in de ambulante verslavingszorg worden beschouwd als de meest aantrekkelijke vormen van stopondersteuning. Een behandeling in de klinische verslavingszorg wordt gezien als de minst aantrekkelijke vorm van stopondersteuning. Aan de deelnemers is gevraagd of zij denken te kunnen stoppen met behulp van de verschillende vormen van stopondersteuning. De deelnemers hebben er het meest vertrouwen in te kunnen stoppen met sociale steun van naasten. Zij hebben er het minst vertrouwen in te kunnen stoppen met behulp van een zelfhulpboek. Tot slot is gevraagd in hoeverre de deelnemers

overwegen zelf gebruik te maken van de verschillende vormen van ondersteuning. Sociale steun scoort wederom het hoogst gevolgd door ambulante verslavingszorg. Opname in een kliniek wordt het minst door de deelnemers overwogen.

Conclusie en implicaties

Bijna 70% van de deelnemers aan het onderzoek heeft in het verleden geprobeerd om te minderen of te stoppen met het gebruik van cannabis. Meer dan 60% van de deelnemers geeft aan van plan te zijn om in de toekomst te minderen of te stoppen met het gebruik van cannabis. De gemiddelde attitude ten aanzien van volledig stoppen is gematigd positief.

Mogelijk lukt het de deelnemers niet om te minderen of te stoppen doordat hun voorkeur uitgaat naar matig effectieve vormen van ondersteuning. Zo geven zij het meest de voorkeur aan sociale steun van naasten en minder aan de zorg die volgens de richtlijnen het meest effectief is. Er is weinig bekend over de effectiviteit van sociale steun bij het minderen/stoppen met cannabis. Behandelprogramma's gebaseerd op motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie zijn volgens de multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, GHB en benzodiazepines het meest effectief en verdienen dan ook de voorkeur te krijgen.

Een mogelijke oplossing voor cannabisgebruikers die willen minderen of stoppen met cannabis maar liever (nog) geen professionele hulp willen zoeken zijn online zelfhulp interventies. In de multidisciplinaire richtlijn is opgenomen dat online interventies effectief kunnen zijn in het reduceren van cannabisgebruik en worden aanbevolen voor volwassenen die (nog) geen professionele hulp zoeken. Deze vorm van hulp is van alle vormen van ondersteuning het minst bekend onder cannabisgebruikers. Het lijkt dus van belang om deze vorm van hulp bij frequente cannabisgebruikers onder de aandacht te brengen.

Dit online onderzoek laat zien dat frequente cannabisgebruikers goed kunnen worden bereikt via internet. In korte tijd hebben meer dan 1000 respondenten de online vragenlijst ingevuld. Mogelijk kan het internet worden gebruikt om de effectieve vormen van hulp bij frequente cannabisgebruikers onder de aandacht te brengen en hen naar dit hulpaanbod toe te leiden.

1 Inleiding

Frequent cannabisgebruik kan schadelijk zijn voor de gezondheid en vormt een risicofactor voor verslaving. In Nederland zijn er effectieve behandelingen beschikbaar voor cannabisgebruikers, maar zij maken relatief weinig gebruik van het hulpaanbod. Om meer inzicht te krijgen in de intentie van frequente cannabisgebruikers om te stoppen of te minderen met blowen en de opvattingen die zij hebben over hulp zoeken heeft het Trimbos-instituut een verkennend online vragenlijstonderzoek uitgevoerd: het *Grote Hasj en Wiet Onderzoek (GHWO)*. De kennis die met dit online vragenlijstonderzoek wordt verworven kan mogelijk worden gebruikt om (de toeleiding naar) het bestaande (zelf)hulpaanbod te verbeteren.

1.1 Achtergrond

Ongeveer 220.000 Nederlanders gebruiken (bijna) dagelijks cannabis [1]. Dagelijks of bijna dagelijks cannabisgebruik vormt een risicofactor voor verslaving. Naar schatting is ongeveer 40% van de (bijna) dagelijks gebruikers afhankelijk van cannabis [2]. Wanneer men gedurende langere tijd regelmatig cannabis gebruikt kan dit blijvende schade aan de gezondheid opleveren. Zo hebben mensen die in de adolescentie dagelijks cannabis gebruiken meer risico op cognitieve schade, depressieve klachten en het ontwikkelen van een psychose of schizofrenie op latere leeftijd [3]. Het langdurig roken van cannabis kan daarnaast leiden tot bronchitis en andere luchtwegproblemen [3,4]. Cannabis kan op verschillende manieren worden gebruikt. De meesten roken cannabis echter in een joint gemengd met tabak [1].

Er is in Nederland een effectief behandelaanbod beschikbaar voor mensen die willen stoppen of minderen met cannabis. Veel mensen weten de weg naar passende hulpverlening echter nog niet te vinden. In 2015 zochten 11.000 mensen hulp bij de verslavingszorg voor hun cannabisgebruik, terwijl volgens de meest recente schatting (2009) 30.000 mensen afhankelijk waren van cannabis [1,5]. Een aanzienlijk deel van de mensen die frequent cannabis gebruikt en/of afhankelijk is van cannabis zoekt dus geen hulp.

Er zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd om te achterhalen waarom cannabisgebruikers geen hulp zoeken. In een onderzoek uitgevoerd in Australië werd aan cannabisgebruikers gevraagd wat redenen zijn om geen hulp te zoeken [6]. De meest genoemde redenen om geen hulp te zoeken waren dat men behandeling niet nodig vindt, men niet klaar is om te stoppen, men niet op de hoogte is van de behandelopties en vanwege het stigma rond behandeling.

Van der Pol en collega's (2015) hebben in Nederland onderzocht of er verschillen bestaan tussen cannabisafhankelijke gebruikers die geen professionele hulp zoeken en cannabisafhankelijke patiënten in de verslavingszorg [7]. Cannabisafhankelijke gebruikers die geen hulp zoeken hebben een minder ernstige cannabisafhankelijkheid en ervaren minder beperkingen in het functioneren dan cannabisafhankelijke gebruikers die wel hulp zoeken.

Mogelijk zoeken cannabisgebruikers dus geen hulp omdat zij behandeling niet nodig vinden, er niet klaar voor zijn om te stoppen of omdat zij geen ernstige problemen ervaren door hun cannabisgebruik. Wellicht kan door middel van preventieve (zelfhulp)interventies worden voorkomen dat zij een verslaving ontwikkelen. Voor de gebruikers die reeds in enige mate afhankelijk zijn van cannabis kan een betere toeleiding naar het bestaande zelfhulp aanbod mogelijk meer ernstige problematiek voorkomen.

1.2 Onderzoeksvragen

Om kennis te verkrijgen over de intentie om te stoppen of te minderen met cannabis en de opvattingen over hulp zoeken onder cannabisgebruikers zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Wat zijn belangrijke motieven om cannabis te gebruiken?
2. Welke ervaring hebben cannabisgebruikers met minderen en/of stoppen?
3. Welke verschillen bestaan er tussen cannabisgebruikers die wel en die niet van plan zijn om te minderen of te stoppen?
4. Welke kennis, ervaring en opvattingen hebben cannabisgebruikers over verschillende vormen van stopondersteuning?

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt de methode van dit onderzoek besproken. In hoofdstuk 3 worden de kenmerken van de deelnemers beschreven en wordt ingegaan op de representativiteit van de gebruikte steekproef. In hoofdstuk 4 worden de resultaten beschreven met betrekking tot de intentie om te minderen of te stoppen met cannabis. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op de kennis, ervaringen en opvattingen over stoppen met cannabis en verschillende vormen van stopondersteuning. Het onderzoeksrapport wordt afgesloten met een conclusie en discussie (hoofdstuk 6).

2 Methode

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksmethoden van het Grote Hasj en Wiet Onderzoek beschreven.

2.1 Steekproef

Het Grote Hasj en Wiet Onderzoek heeft geen steekproefkader. Het onderzoek is niet representatief voor alle cannabisgebruikers in Nederland. Cannabisgebruikers konden deelnemen aan het onderzoek wanneer zij 18 jaar of ouder waren, regelmatig cannabis gebruikten (minimaal één keer per week in de afgelopen 6 maanden) of ooit in hun leven regelmatig cannabis hadden gebruikt. Het laatste cannabisgebruik mocht niet langer dan 6 maanden geleden zijn. Respondenten werden doelgericht gezocht op internet, de selectie is daarom niet willekeurig. De resultaten kunnen dan ook niet worden gegeneraliseerd naar alle cannabisgebruikers in Nederland en moeten als verkennend worden beschouwd (zie paragraaf 3.3).

2.2 Werving

Op de website en sociale mediakanalen van het Trimbos-instituut is een nieuwsbericht geplaatst met daarbij een link naar het onderzoek. Daarnaast is geadverteerd op Facebook en zusterkanalen zoals Instagram. Om cannabisgebruikers aan te moedigen om mee te doen is onder alle deelnemers een cadeaubon t.w.v. 300 euro verloot voor een webwinkel naar keuze. Cannabisgebruikers konden deelnemen aan het onderzoek van april tot juni 2018. Op de introductiepagina van de online vragenlijst werd het doel van het onderzoek uitgelegd en konden de deelnemers, indien zij akkoord gingen met deelname en de voorwaarden, digitaal 'informed consent' geven. Het onderzoek en de wervingsprocedure heeft een ethische toetsing ondergaan en heeft goedkeuring ontvangen van de Trimbos Ethische Toetsingscommissie.

2.3 Online vragenlijst

De online vragenlijst bestond uit verschillende (gevalideerde) meetinstrumenten. De vragenlijst was zo geprogrammeerd dat de deelnemers alleen de vragen kregen aangeboden die voor hen relevant waren. Indien een deelnemer bijvoorbeeld *'nooit'* antwoordde op de vraag *'Hoe vaak drink je alcoholhoudende drank?'* werden er geen verdere vragen over alcoholgebruik gesteld. De tijd tussen het openen van de vragenlijst en het voltooien van de vragenlijst varieerde van 14 minuten tot 13 uur, de gemiddelde tijdsduur bedroeg 40 minuten. Tabel 1 geeft een overzicht van de gebruikte meetinstrumenten.

Tabel 1. Overzicht van gebruikte meetinstrumenten

Construct	Meetinstrument
Demografische gegevens	geslacht, leeftijd, leefsituatie, opleidingsniveau, werk
Cannabisgebruik	vragen geïnspireerd op de LSM-A Middelen (RIVM)
Redenen om cannabis te gebruiken	Marijuana Motives Measure [8,19]
Mate waarin cannabisgebruik wordt gezien als onderdeel van persoonlijkheid/identiteit	Cannabis Self Concept Scale [9]
Mate van probleemgebruik	DSM-5 vragenlijst [10,11]
Alcoholgebruik	AUDIT-C [12,13]
Gebruik van andere middelen	vragen geïnspireerd op de LSM-A Middelen
Attitude t.a.v. stoppen	gebaseerd op vragenlijst gebruikt in eerder onderzoek [14]
Self-efficacy	gebaseerd op vragenlijst gebruikt in eerder onderzoek [15]

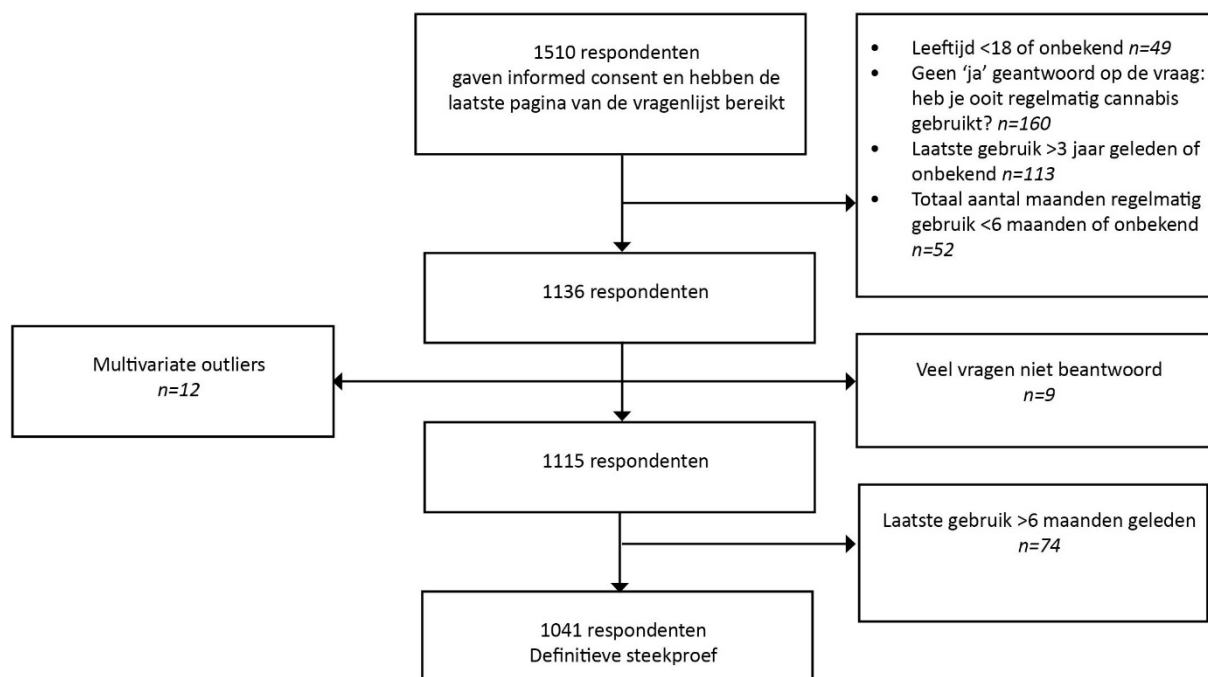
2.4 Respons

In totaal hebben 1510 respondenten de vragenlijst geopend en informed consent gegeven. Deelnemers werden geëxcludeerd op basis van de volgende kenmerken:

- de leeftijd van de deelnemer is <18 jaar
- de deelnemer heeft nooit regelmatig (minimaal één keer per week) cannabis gebruikt
- de deelnemer heeft in totaal minder dan 6 maanden regelmatig cannabis gebruikt
- het laatste gebruik is langer dan 6 maanden geleden
- de deelnemer heeft de vragenlijst gesloten voordat de laatste pagina was bereikt
- onbetrouwbare antwoorden (multivariate outliers)
- veel ontbrekende antwoorden

De uiteindelijke steekproef bestond uit 1041 respondenten. In figuur 1 is een stroomdiagram weergegeven. De vragenlijst was zo ingericht dat respondenten vragen die zij niet wilden beantwoorden konden overslaan. Daarnaast werden een aantal vragen alleen gesteld aan respondenten voor wie deze vragen relevant waren. Indien een respondent bijvoorbeeld aangaf nooit te hebben geprobeerd om te stoppen werden geen verdere vragen over eerdere stoppogingen gesteld. Hierdoor is de respons op sommige vragen dus minder dan 1041.

Figuur 1. Stroomdiagram steekproef



2.5 Statistische analyses

De statistische analyses zijn uitgevoerd in SPSS 25.0. In hoofdstuk 3 worden kenmerken van de gebruikte steekproef beschreven aan de hand van eenvoudige statistische analyses zoals gemiddelden en frequentieverdelingen. Verschillen tussen dagelijkse gebruikers en niet-dagelijkse gebruikers zijn onderzocht middels t-toetsen en chi-kwadraat toetsen. Daarnaast is aan de hand van t-toetsen en chi-kwadraat toetsen onderzocht in hoeverre de laatste-maand cannabisgebruikers en de dagelijkse cannabisgebruikers uit dit onderzoek overeenkomen met de laatste-maand cannabisgebruikers en de dagelijkse cannabisgebruikers uit de representatieve steekproef van de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor. In hoofdstuk 4 wordt middels chi-kwadraat toetsen en t-toetsen onderzocht welke verschillen er bestaan tussen cannabisgebruikers die wel en die niet van plan zijn om te minderen of te stoppen. Daarnaast is een logistische regressieanalyse uitgevoerd om te onderzoeken welke factoren samenhangen met de intentie om te minderen/stoppen. In hoofdstuk 5 wordt aan de hand van gemiddelden en frequentieverdelingen beschreven welke kennis, ervaring en opvattingen de deelnemers hebben over verschillende vormen van hulp.

3 Kenmerken van de respondenten

Kernpunten

- De steekproef bestaat voor 67% uit mannen en voor 33% uit vrouwen.
- De leeftijd varieert van 18 tot 73 jaar, de gemiddelde leeftijd is 24.8 jaar.
- De meeste deelnemers (54%) hebben een middelbaar opleidingsniveau.
- Bijna alle deelnemers (95%) gebruikten in de afgelopen maand cannabis.
- Twee derde van de deelnemers (67%) kan worden gezien als (bijna) dagelijks gebruiker. Zij gebruikten cannabis op 20 dagen of meer in de afgelopen 30 dagen.
- De deelnemers gebruiken cannabis met name uit routine ('uit gewoonte') en vanwege het genot ('omdat het een lekker gevoel geeft').
- Bijna de helft van de deelnemers (42%) gebruikt cannabis (mede) als 'medicijn'. Slechts 0.2% krijgt cannabis op doktersrecept.
- Voor een groot deel van de deelnemers lijkt het cannabisgebruik in enige of meer mate problematisch. Wanneer wordt voldaan aan 2 criteria of meer DSM-5 criteria kan worden gesproken van een stoornis in het gebruik van cannabis. Ruim 70% van de deelnemers voldoet naar eigen zeggen aan 2 of meer criteria.
- Het merendeel van de deelnemers (80%) rookt wel eens tabak zonder hasj of wiet. Ruim 60% doet dit dagelijks.
- Het merendeel van de deelnemers (61%) gebruikte in de afgelopen maand geen andere middelen dan cannabis, alcohol en tabak.

In dit hoofdstuk zullen eerst de demografische kenmerken van de steekproef worden beschreven. Vervolgens zal het cannabisgebruik worden beschreven aan de hand van de frequentie van gebruik, hoe cannabis wordt gebruikt en motieven om te gebruiken. In dit hoofdstuk zal antwoord worden gegeven op de eerste onderzoeksvraag: Wat zijn belangrijke motieven om cannabis te gebruiken?

3.1 Demografische gegevens

De netto steekproef bestaat uit 1041 deelnemers, 67% van de deelnemers is man, 33% is vrouw. De leeftijd van de deelnemers varieert van 18 tot 73 jaar, de gemiddelde leeftijd bedraagt 24.8 jaar ($SD=7.5$). Bijna alle (92%) deelnemers vallen in de leeftijdscategorie 18-35 jaar. Zie ook tabel 2.

Ruim de helft van de deelnemers (54%) heeft een middelbaar opleidingsniveau. Een groot deel heeft betaald werk: 41% werkt parttime, 30% werkt fulltime. Daarnaast volgt ruim 40% van de deelnemers momenteel een opleiding of cursus, waarvan de meesten een MBO of HBO opleiding. Bijna 40% woont nog bij de ouders. Daarnaast heeft ongeveer de helft van de deelnemers (51%) een vaste partner.

Tabel 2. Demografische gegevens steekproef

	n	%
Geslacht		
Man	698	67.1
Vrouw	342	32.9
Leeftijd		
18-35	958	92.0
36-50	66	6.3
51+	17	1.6
Opleidingsniveau*		
Laag	231	22.2
Middelbaar	561	53.9
Hoog	241	23.2
Werk		
Geen betaald werk	298	28.6
Parttime (<35 uur p.w.)	424	40.7
Fulltime (≥35 uur p.w.)	313	30.1
Leefsituatie		
Alleen	224	21.5
Thuis bij ouders	398	38.2
Met partner zonder kind(eren)	161	15.5
Met partner met kind(eren)	77	7.4
Alleen met kinderen	28	2.7
Met anderen	68	6.5
Anders	85	8.2
Vaste partner		
Ja	528	50.7
Nee	508	48.8

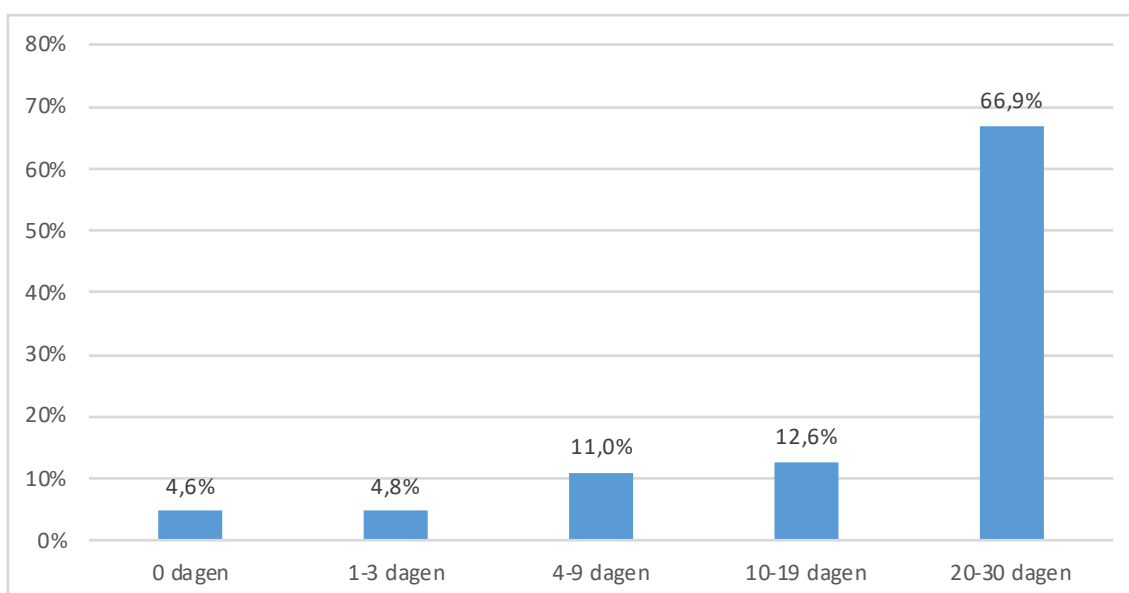
*Het opleidingsniveau is gedefinieerd als het hoogst gevolgde niveau voor deelnemers onder de 25 jaar en als het hoogst afgeronde niveau voor deelnemers van 25 jaar en ouder. Het opleidingsniveau is opgedeeld in drie niveaus: laag opgeleid (=basisonderwijs, lbo, vmbo mavo), middelbaar opgeleid (=havo, vwo, mbo) en hoog opgeleid (=hbo, universiteit).

3.2 Gegevens over cannabisgebruik

Alle deelnemers gebruikten in de afgelopen 6 maanden cannabis. Van hen gebruikte 95.4% cannabis in de afgelopen maand en gemiddeld gebruikten zij cannabis op 22 dagen ($SD=9.5$). Cannabisgebruikers die in de afgelopen 30 dagen op 20 dagen of meer dagen cannabis hebben gebruikt worden gezien als (bijna) dagelijkse gebruikers [16]. Dit geldt voor twee derde van de deelnemers ($N=696$, 66.9%), zie figuur 2.

De deelnemers roken gemiddeld 3.38 joints per blowdag ($SD=2.30$). De dagelijkse gebruikers roken gemiddeld meer joints per blowdag ($M=3.64$, $SD=2.13$, $N=694$) dan de niet-dagelijkse gebruikers ($M=2.87$, $SD=2.52$, $N=344$; $t(1036)=-5.14$, $p<.001$). Van één gram cannabis worden gemiddeld 4 joints gemaakt ($M=3.97$, $SD=2.13$). Het aantal joints dat wordt gemaakt van één gram cannabis verschilt niet tussen de dagelijkse en niet-dagelijkse gebruikers.

Figuur 2. Aantal gebruiksdagen in de afgelopen 30 dagen. Percentage deelnemers



3.3 Representativiteit van de steekproef

Om onze steekproef te kunnen plaatsen ten opzichte van een nationaal representatieve steekproef onder cannabisgebruikers hebben we een aantal demografische kenmerken van de laatste-maand-cannabisgebruikers uit het Grote Hasj en Wiet Onderzoek (GHWO) ($N=993$) afgezet tegen kenmerken van laatste-maand-cannabisgebruikers uit de representatieve steekproef van de Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor (GE/LSM), CBS i.s.m. RIVM en het Trimbos-instituut ($N=279$) (2017). Daarnaast hebben we de dagelijkse cannabisgebruikers uit beide steekproeven met elkaar vergeleken.

Laatste-maand-cannabisgebruikers

De laatste-maand-cannabisgebruikers van de GHWO steekproef zijn jonger, lager opgeleid en gebruiken vaker en meer cannabis dan de laatste-maand-cannabisgebruikers van de GE/LSM steekproef, zie tabel 3a. De man-vrouw verdeling verschilt niet significant tussen de twee steekproeven. Enkele aanvullende vergelijkende analyses zijn opgenomen als bijlage bij dit rapport (Appendix I).

Dagelijkse cannabisgebruikers

De dagelijkse gebruikers van de GHWO steekproef zijn jonger en gebruiken meer cannabis dan de dagelijkse gebruikers van de GE/LSM steekproef, zie tabel 3b. De man-vrouw verdeling en de verdeling naar opleidingsniveau verschilt niet significant tussen de twee steekproeven.

Tabel 3a. Vergelijking van kenmerken laatste-maand-cannabisgebruikers GHWO steekproef en GE/LSM steekproef

	GHWO <i>n</i> =993	GE/LSM <i>n</i> =279	Chi-kwadraat toets voor onafhankelijkheid
Leeftijd			
18-35	92.6%	64.2%	$\chi^2 (2) = 163.39$
36-50	5.7%	20.1%	$p < .001$
51+	1.6%	15.8%	$\phi = .36$
Geslacht			
man	67.2%	69.9%	$\chi^2 (1) = .59$
vrouw	32.8%	30.1%	$p = .44$ $\phi = .02$
Opleidingsniveau			
Laag opgeleid	22.3%	16.0%	$\chi^2 (2) = 20.46$
Middelbaar opgeleid	54.2%	47.3%	$p < .001$
Hoog opgeleid	23.5%	36.7%	$\phi = .13$
Aantal gebruiksdagen in de afgelopen maand			
1-3 dagen	5.0%	47.0%	$\chi^2 (3) = 352.31$
4-9 dagen	11.6%	14.7%	$p < .001$
10-19 dagen	13.2%	15.4%	$\phi = .53$
20 dagen of meer	70.2%	22.9%	
Aantal joints per blowdag			
<1 of 1 joint	14.6%	63.4%	$\chi^2 (3) = 287.46$
2 of 3 joints	49.5%	30.5%	$p < .001$
4 of 5 joints	23.0%	3.2%	$\phi = .48$
meer dan 5 joints	12.8%	2.9%	

Tabel 3b. Vergelijking van kenmerken dagelijkse cannabisgebruikers GHWO steekproef en GE/LSM steekproef

	GHWO <i>n</i> =696	GE/LSM <i>n</i> =64	Chi-kwadraat toets voor onafhankelijkheid
Leeftijd			
18-35	91.2%	45.3%	$\chi^2 (2) = 121.40$
36-50	6.8%	32.8%	$p < .001$
51+	2.0%	21.9%	$\phi = .40$
Geslacht			
man	67.9%	73.4%	$\chi^2 (1) = .59$
vrouw	32.1%	26.6%	$p = .44$ $\phi = .03$
Opleidingsniveau			
Laag opgeleid	26.9%	38.1%	$\chi^2 (2) = 5.00$
Middelbaar opgeleid	55.4%	52.4%	$p = .08$
Hoog opgeleid	17.7%	9.5%	$\phi = .08$
Aantal joints per blowdag			
<1 of 1 joint	9.7%	39.1%	$\chi^2 (3) = 51.45$
2 of 3 joints	47.7%	42.2%	$p < .001$
4 of 5 joints	27.6%	7.8%	$\phi = .26$
meer dan 5 joints	15.0%	10.9%	

3.4 Setting van gebruik en gebruikswijze

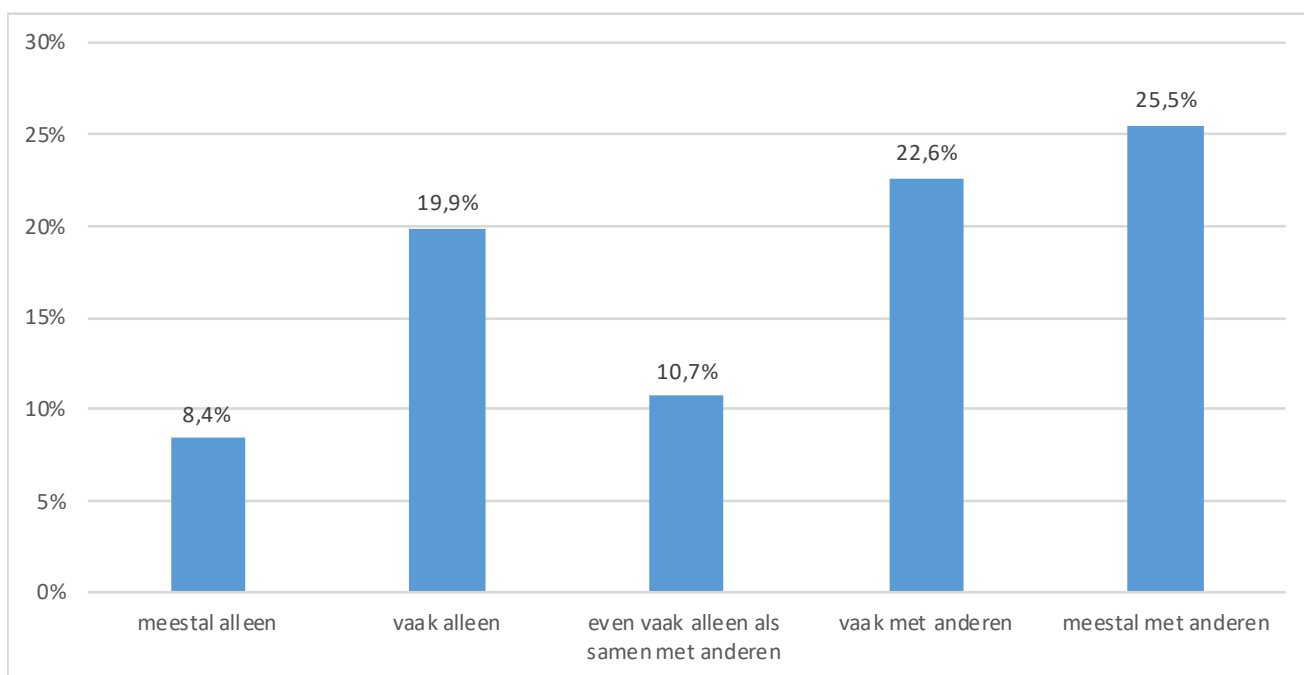
Twee derde van de deelnemers ($N=686$, 65.9%) gebruikt meestal wiet, 16.3% gebruikt meestal hasj en 15.6% gebruikt ongeveer even vaak hasj als wiet. De overige deelnemers ($N=23$, 2.2%) gebruiken meestal iets anders, bijvoorbeeld hasjolie. De deelnemers gebruiken cannabis meestal door deze te roken in een joint gemengd met tabak. Zie tabel 4 voor een overzicht van de verschillende gebruikswijzen.

Tabel 4. Gebruikswijzen

	altijd (%)	meestal (%)	soms (%)	zelden (%)	nooit (%)	geen antwoord (%)
In een joint met tabak	64.5	29.7	2.5	1.2	1.6	0.6
Puur in een joint	1.7	1.9	20.9	44.1	29.3	2.0
In een waterpijp	0.2	0.4	12.0	29.6	55.9	1.9
In een pijpje, chillum of bong	0.3	2.1	22.7	33.8	39.4	1.7
In een vaporizer	0.5	1.4	9.6	18.6	67.8	2.0
In een e-sigaret of shisha-pen	0.1	0.1	2.0	5.2	90.2	2.4
In voedsel, drank of anders	0.3	0.5	22.9	41.8	32.7	1.9

Aan de deelnemers is gevraagd waar zij in de afgelopen 12 maanden cannabis hebben gebruikt, zij konden hierbij meerdere plaatsen aanvinken. De deelnemers blowden voornamelijk thuis (89.6%), bij vrienden of kennissen thuis (84.0%), buiten (76.2%) en in een coffeeshop (59.8%). Daarnaast is aan de deelnemers gevraagd of zij meestal alleen blowen of meestal samen met anderen. Uit onderzoek blijkt dat alleen blowen samenhangt met problematisch cannabisgebruik [17,18]. De meeste deelnemers blowen doorgaans samen met anderen, zie figuur 3.

Figuur 3. Blow je meestal alleen of blow je meestal samen met anderen?



3.5 Redenen om cannabis te gebruiken

De Marijuana Motives Measure (MMM) is afgenomen om in kaart te brengen welke motieven de deelnemers hebben om cannabis te gebruiken [8,19]. De vragenlijst bestaat uit 29 items, de respondent geeft bij elk item op een vijfpuntschaal aan hoe vaak hij om de genoemde reden cannabis heeft gebruikt. De redenen zijn onder te verdelen in zes subschalen: Coping, Conformereren, Sociaal, Genot, Verruiming en Routine. Uit onderzoek blijkt dat coping motieven een voorspeller zijn voor cannabisafhankelijkheid [18].

Uit eerder onderzoek blijkt dat de betrouwbaarheid van de subschalen van de MMM varieert van Cronbach's $\alpha = .72$ tot $.85$ [8]. Cronbach's α is een maat voor de interne consistentie van een schaal en geeft weer in hoeverre de items van een schaal samenhangen en hetzelfde onderliggende construct meten [20]. Idealiter bedraagt de Cronbach's α van een schaal minimaal 0.7. Echter is Cronbach's α gevoelig voor het aantal items in een schaal en zullen er bij korte schalen al snel lagere α waardes gevonden worden. In huidig onderzoek varieert de betrouwbaarheid van de subschalen tussen $\alpha=.68$ (subschaal Genot en subschaal Conformereren) tot $.88$ (subschaal Coping).

De gemiddelde score op een subschaal kan variëren tussen 1 en 5. De deelnemers scoorden het hoogst op de subschaal Routine, gemiddeld 3.03 ($SD=0.91$), een voorbeeld van een reden van deze subschaal luidt *'uit gewoonte'*. De deelnemers scoorden daarnaast hoog op de subschaal Genot, gemiddeld 3.01 ($SD=0.75$). Een voorbeeld van een reden van deze subschaal luidt *'omdat het een lekker gevoel geeft'*. De gemiddelde score op de subschaal Sociaal bedroeg 2.22 ($SD=0.79$), *'omdat het sociale gelegenheden leuker maakt'*, de gemiddelde score op de subschaal Coping bedroeg 2.16 ($SD=1.02$) *'om je zorgen te vergeten'*. De deelnemers scoorden het laagst op de subschalen Verruiming *'om anders tegen dingen aan te kijken'* (2.00, $SD=0.94$) en Conformereren *'omdat je vrienden daarop aandringen'* (1.07, $SD=0.22$). De dagelijkse gebruikers scoorden gemiddeld hoger op de subschalen Coping, Verruiming en Routine dan de niet-dagelijkse gebruikers, zie tabel 5.

Tabel 5. Gemiddelde scores subschalen MMM voor de groep dagelijkse gebruikers en de groep niet-dagelijkse gebruikers

		Alle gebruikers (n=1041)	Dagelijkse gebruikers (n=696)	Niet-dagelijks gebruikers (n=344)			
	α	M (SD)	M (SD)	M (SD)	t	df	p
Coping	0.88	2.16 (1.02)	2.25 (1.03)	1.97 (0.99)	-4.29	1038	<.001
Genot	0.68	3.01 (0.75)	3.04 (0.75)	2.96 (0.76)	-1.64	1038	.101
Sociaal	0.78	2.22 (0.79)	2.20 (0.78)	2.26 (0.82)	1.08	1038	.282
Conformereren	0.68	1.07 (0.22)	1.06 (0.23)	1.08 (0.20)	1.46	1038	.144
Verruiming	0.87	2.00 (0.94)	2.09 (0.95)	1.81 (0.87)	-4.76	746	<.001
Routine	0.70	3.03 (0.91)	3.21 (0.85)	2.65 (0.91)	-9.85	1038	<.001

De Cannabis Self-Concept Scale is afgenomen om te meten in welke mate men het gebruik van cannabis ziet als onderdeel van zijn of haar persoonlijkheid en identiteit [9]. Uit eerder onderzoek blijkt dat de betrouwbaarheid van de Cannabis Self-Concept Scale Cronbach's $\alpha=0.91$ is. In het huidige onderzoek is de betrouwbaarheid $\alpha=.88$. De gemiddelde score op de Cannabis Self-Concept Scale kan variëren tussen 1 en 10, waarbij een hogere score duidt op het zien van cannabis als een groter onderdeel van de eigen identiteit. De gemiddelde score van de deelnemers bedraagt 4.28 ($SD=2.30$). De gemiddelde score van de (bijna) dagelijkse gebruikers is hoger ($M=4.95$, $SD=2.23$, $N=696$) dan van de niet-dagelijkse gebruikers ($M=2.92$, $SD=1.80$, $N=344$; $t(824.9)=-15.84$, $p<.001$). De dagelijkse gebruikers zien cannabis dus meer als onderdeel van de eigen persoonlijkheid en identiteit dan de niet-dagelijkse gebruikers.

Bijna de helft van de deelnemers ($N=436$, 41.9%) gebruikt cannabis (mede) als 'medicijn', hoewel slechts 0.2% van de deelnemers ($N=2$) cannabis als medicijn op doktersrecept krijgt. Ongeveer 5% van de deelnemers ($N=49$, 4.7%) geeft aan cannabis ook uitsluitend te gebruiken als medicijn, maar zonder doktersrecept. Meer dan een derde van de deelnemers ($N=385$, 37.0%) gebruikt cannabis als medicijn en als recreatief middel.

3.6 Mate van probleemgebruik

Om in kaart te brengen in welke mate het cannabisgebruik problematisch is, hebben de deelnemers een vragenlijst ingevuld waarmee de DSM-5 criteria voor een stoornis in het gebruik van cannabis zijn uitgevraagd [10,11]. Officieel dienen de vragen als onderdeel van een diagnostisch interview te worden afgenomen [10]. In dit onderzoek hebben de deelnemers de vragenlijst zelf online ingevuld, er is dan ook geen sprake van een echte diagnose. De totaalscore, het aantal criteria waaraan is voldaan, kan echter wel indicatief zijn voor hoe problematisch het cannabisgebruik is. De totaalscore kan variëren van 0 tot 11, de gemiddelde totaalscore bedraagt 3.92 ($SD=2.88$). De (bijna) dagelijks gebruikers scoren gemiddeld hoger ($M=4.14$, $SD=2.73$, $N=679$) dan de niet-dagelijks gebruikers ($M=3.48$, $SD=3.11$, $N=340$; $t(605.6)=-3.30$, $p<.001$).

Wanneer wordt voldaan aan 2 criteria of meer kan worden gesproken van een stoornis in het gebruik van cannabis, de ernst van de stoornis kan variëren van licht tot ernstig [21]. Van alle deelnemers voldeed 25.6% aan 2-3 criteria (licht), 20.1% voldeed aan 4-5 criteria (matig) en 28.1% voldeed aan 6 of meer criteria (ernstig). Voor een groot deel van de deelnemers lijkt het cannabisgebruik dus in enige of meer mate problematisch.

3.7 Gebruik van andere middelen

Het merendeel van de deelnemers ($N=833$, 80.0%) rookt wel eens tabak zonder hasj of wiet. Ruim 60% van de deelnemers doet dit dagelijks ($N=635$, 61.0%). Ter vergelijking, slechts 16.0% van de volwassenen in Nederland rookt dagelijks [1].

Ruim een op de tien (11.0%) deelnemers geeft aan *nooit* alcohol te drinken, 21.9% drinkt maandelijks, 35.6% wekelijks en 6.3% drinkt (bijna) dagelijks. Als onderdeel van de survey

is ook de AUDIT-C afgenomen, een vragenlijst van 3 items die kan worden gebruikt om te screenen op problematisch alcoholgebruik [12,13]. De totaalscore kan variëren van 0 tot 12. Voor mannen wordt doorgaans een cutoff score gehanteerd van 5. Daarboven kan sprake zijn van problematisch alcoholgebruik [12]. De gemiddelde score van de mannen bedroeg 4.96 ($SD=2.94$), 57.3% van hen scoorde 5 punten of hoger. Voor vrouwen wordt een cutoff score van 4 gehanteerd [12]. De gemiddelde score voor de vrouwen bedroeg 3.94 ($SD=2.59$). Meer dan de helft van de vrouwen scoorde 4 punten of hoger ($N=186$, 54.4%).

Het merendeel van de deelnemers (61.2%, $N=637$) gebruikte in de afgelopen maand geen andere middelen dan cannabis, alcohol en tabak. 16.5% van de deelnemers gebruikten in de afgelopen maand ecstasy ($N=172$), 15.9% cocaïne ($N=166$), 12.1% amfetamine ($N=126$), 8.1% lachgas ($N=84$) en 7.0% ketamine ($N=73$).

Aan de deelnemers is gevraagd welke middelen zij in de afgelopen 12 maanden hebben gecombineerd met cannabis. Ecstasy en cocaïne zijn de middelen die het vaakst werden gecombineerd met cannabis, zie tabel 6.

Tabel 6. Middelen (m.u.v. tabak, alcohol) gecombineerd met cannabis in afgelopen 12 maanden

	<i>n</i>	%
geen middelen gecombineerd	442	42.5
ecstasy	364	35.0
cocaïne	264	25.4
amfetamine	212	20.4
psychedelica	196	18.8
lachgas	195	18.7
ketamine	135	13.0
medicijnen (niet op voorschrift)	59	5.7
GHB	34	3.3
crack	6	0.6
heroïne	-	-
methadon	-	-

4 Intentie ten aanzien van minderen of stoppen met cannabisgebruik

Kernpunten

- De attitude van de deelnemers ten aanzien van volledig stoppen met cannabis lijkt gematigd positief.
- De (bijna) dagelijkse gebruikers hebben een minder positieve attitude ten aanzien van volledig stoppen dan de niet-dagelijkse gebruikers.
- Twee derde van de deelnemers geeft aan van plan te zijn om in de toekomst te minderen (33.2%) of te stoppen (30.8%).
- Van de deelnemers die van plan zijn om te stoppen denkt 51% dit binnen een jaar te doen. Van de deelnemers die van plan zijn om te minderen denkt 60% dit binnen een jaar te doen.
- De deelnemers die van plan zijn om te minderen of te stoppen verschillen op een aantal kenmerken van deelnemers die niet van plan zijn om te minderen of te stoppen. Deelnemers die van plan zijn om te minderen/stoppen zijn namelijk:
 - gemiddeld jonger;
 - lijken meer problemen te ervaren door hun cannabisgebruik;
 - lijken een meer positieve attitude ten aanzien van stoppen te hebben;
 - hebben een sterkere overtuiging dat hun naasten het zouden goedkeuren wanneer zij zouden stoppen;
 - en hebben er minder vertrouwen in dat zij succesvol kunnen stoppen of gestopt kunnen blijven.
- Op basis van een logistische regressie is gebleken dat de belangrijkste voorspellers gezamenlijk 30% van de variantie in de intentie om te minderen/stoppen verklaren.

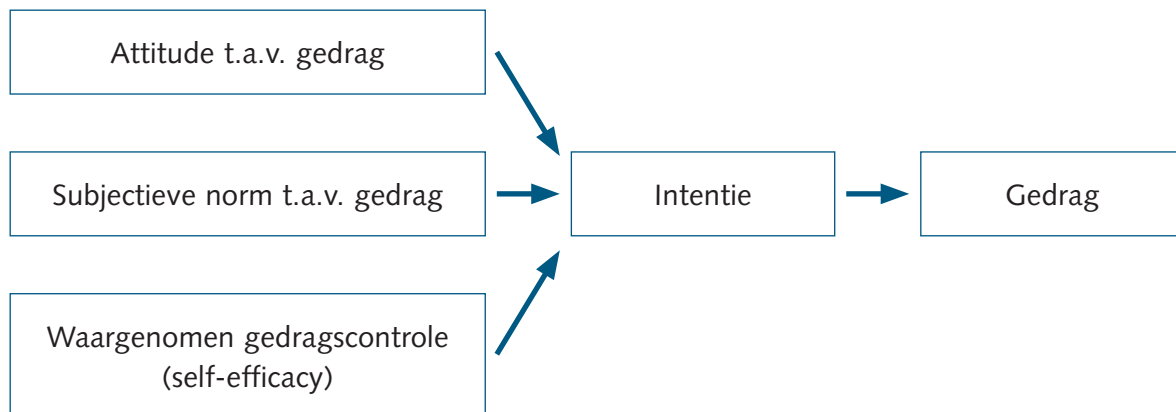
In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de intentie van de respondenten om hun cannabisgebruik te veranderen. Eerst wordt beschreven wat hun attitude is ten aanzien van volledig stoppen en in welke mate zij het vertrouwen hebben succesvol te kunnen stoppen of gestopt te kunnen blijven. Vervolgens zal worden beschreven of de respondenten de intentie hebben om te minderen of te stoppen en op welke termijn zij dit van plan zijn. Ook zal worden ingegaan op verschillen tussen cannabisgebruikers die wel en die niet van plan zijn om te minderen of te stoppen.

4.1 Theorie van gepland gedrag

In de theorie van gepland gedrag stelt Ajzen (1985) dat de voornaamste voorspeller van gedrag -zoals stoppen met cannabis- de intentie is om dat gedrag te vertonen [22]. De theorie stelt daarnaast dat de intentie om gedrag te vertonen wordt vormgegeven door de

attitudes ten aanzien van het gedrag, de subjectieve norm ten aanzien van het gedrag en de waargenomen gedragscontrole, zie figuur 4. Veel onderzoeken tonen aan dat deze drie factoren inderdaad goede voorspellers zijn voor allerlei soorten gedrag, zoals bijvoorbeeld de intentie om te stoppen met roken [23,24,25]. De theorie van gepland gedrag is een van de meest toegepaste theorieën om gedrag met betrekking tot gezondheid te beschrijven [26].

Figuur 4. Theorie van gepland gedrag



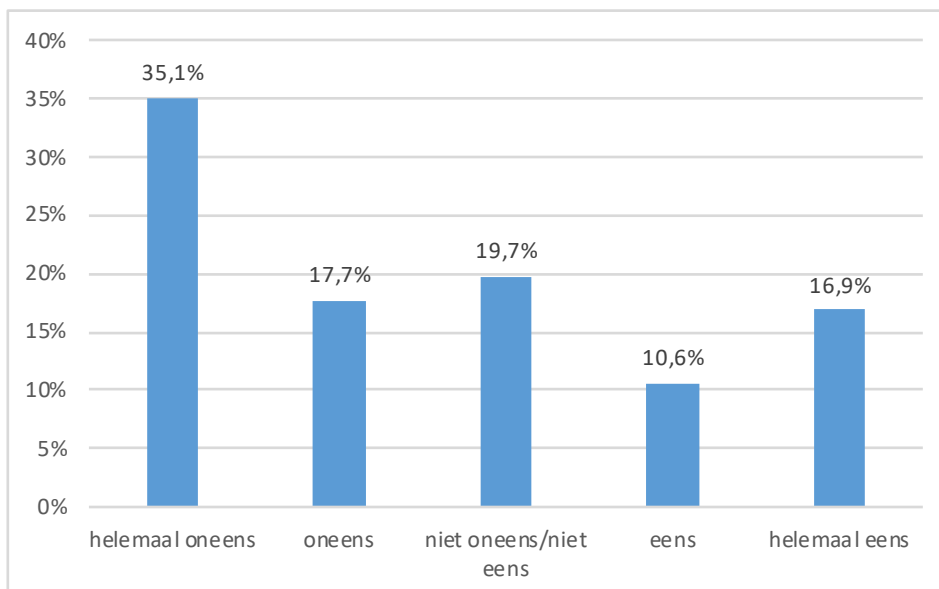
In het huidige onderzoek is de attitude ten aanzien van stoppen met cannabis gemeten aan de hand van 5 items [14]. Elk item bestond uit twee tegenstellingen. De deelnemer kon door het zetten van een kruisje in de richting van een van de tegenstellingen aangeven welke tegenstelling het best past bij zijn attitude ten aanzien van stoppen. De items luidde: 'Wanneer ik in de komende 3 maanden volledig stop met het gebruik van hasj/wiet is dat: slecht-goed, negatief-positief, onverstandig-verstandig, onplezierig-plezierig en onaangenaam-aangenaam. In het huidige onderzoek bedroeg de betrouwbaarheid $\alpha=.87$. De gemiddelde score op de 5 items kan variëren van -2 tot 2 waarbij een hogere score duidt op een meer positieve attitude ten aanzien van stoppen. De gemiddelde score bedraagt 0.45 ($SD=1.06$), de deelnemers lijken dus enigszins positief ten aanzien van volledig stoppen. De (bijna) dagelijkse gebruikers hebben een minder positieve attitude ten aanzien van stoppen ($M=.31$, $SD=1.07$, $N=652$) dan de niet-dagelijkse gebruikers ($M=.77$, $SD=.96$, $N=307$; $t(957)=6.43$, $p<.001$).

De subjectieve norm ten aanzien van volledig stoppen met cannabis is gemeten aan de hand van 4 items. De deelnemer diende op een vijfpuntsschaal aan te geven in hoeverre zijn vrienden, beste vriend(in), partner en ouders het zouden goedkeuren wanneer hij/zij in de komende 3 maanden volledig zou stoppen met het gebruik van cannabis. Een voorbeeld van een item luidt: *wanneer ik in de komende 3 maanden volledig stop met het gebruik van cannabis zullen mijn vrienden dat 0=sterk afkeuren, 4=sterk goedkeuren*. De totaalscore kan variëren van 0 tot 16, waarbij een hogere score duidt op het sterker goedkeuren van het volledig stoppen met cannabis. De betrouwbaarheid van deze schaal is $\alpha=.82$. De gemiddelde score bedraagt 11.53 ($SD=3.23$).

De mate waarin men het vertrouwen heeft om succesvol te kunnen stoppen of gestopt te kunnen blijven met cannabis –ookwel de mate van self-efficacy genoemd- is gemeten aan de hand van 6 items [15]. Een voorbeeld van een item luidt: *een joint weigeren wanneer deze mij wordt aangeboden is voor mij 1=erg moeilijk, 5=erg makkelijk*. De totaalscore kan variëren van 6 tot 30 waarbij een hogere score duidt op een hogere mate van self-efficacy. De betrouwbaarheid van deze self-efficacy schaal was in eerder onderzoek $\alpha=.92$ [15]. In huidige onderzoek is de betrouwbaarheid $\alpha=.77$. De gemiddelde totaalscore bedraagt 21.05 ($SD=5.38$). De (bijna) dagelijkse gebruikers hebben een lagere mate van self-efficacy m.b.t. stoppen ($M=19.89$, $SD=5.33$, $N=693$) dan de niet-dagelijkse gebruikers ($M=23.41$, $SD=4.68$, $N=341$; $t(761.0)=-10.86$, $p<.001$). De dagelijkse gebruikers hebben er dus minder vertrouwen in dat zij succesvol kunnen stoppen met het gebruik van cannabis of gestopt kunnen blijven dan de niet-dagelijkse gebruikers.

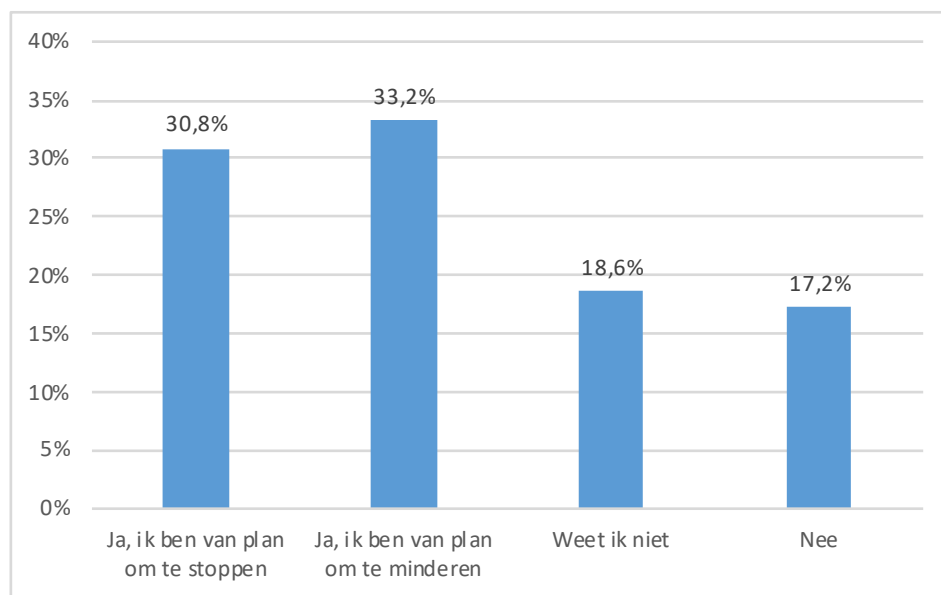
Om te bepalen of de deelnemers op korte termijn de intentie hebben om te minderen of te stoppen is aan hen gevraagd in welke mate zij het eens zijn met de stelling 'Ik heb de intentie om te stoppen of te minderen met het gebruik van cannabis op de korte termijn'. Ruim de helft van de deelnemers ($N=569$) zijn het met deze stelling (helemaal) oneens, zie figuur 5. Ruim een kwart ($N=176$) is het hier (helemaal) mee eens.

Figuur 5. Ik heb de intentie om te stoppen of te minderen met het gebruik van cannabis op de korte termijn



Daarnaast is aan de deelnemers gevraagd of zij van plan zijn om in de toekomst te stoppen of te minderen met het gebruik van cannabis. Twee derde van de deelnemers geeft aan van plan te zijn om in de toekomst het cannabisgebruik te veranderen. Een derde van de deelnemers (33.2%) geeft aan van plan te zijn om te minderen, daarnaast geeft bijna een derde (30.8%) aan van plan te zijn om te stoppen, zie figuur 6.

Figuur 6. Ben je van plan om in de toekomst te stoppen/minderen met het gebruik van hasj/wiet?



Aan de deelnemers die aangaven van plan te zijn om te minderen of te stoppen is gevraagd wanneer zij dan denken dit te gaan doen. Van de deelnemers die van plan zijn om te stoppen denkt 21.8% dit binnen nu en een maand te doen en 51% in de komende 12 maanden. Van de deelnemers die van plan zijn om te minderen denkt 23.1% dit binnen nu en een maand te doen en 60.1% in de komende 12 maanden. Zie tabel 7.

Tabel 7. Wanneer denk je dan te gaan stoppen/minderen?

	Van plan om te stoppen (n=321)	Van plan om te minderen (n=346)
Binnen nu en 1 maand	21.8 %	23.1%
Binnen 1-6 maanden	17.4 %	24.9%
Binnen 6-12 maanden	11.8 %	12.1%
Over 1 jaar of later	19.0 %	15.0%
Weet ik nog niet	29.6 %	24.9%

4.2 Verschillen tussen cannabisgebruikers die wel en die niet van plan zijn om te minderen of te stoppen

Om te onderzoeken of er verschillen bestaan tussen deelnemers die wel van plan zijn om te minderen of te stoppen en deelnemers die niet van plan zijn om te minderen/stoppen, zijn de deelnemers die op de hiervoor beschreven vraag 'ja, stoppen' en 'ja minderen' hebben geantwoord (N=667) vergeleken met de deelnemers die 'nee' en 'weet ik niet' hebben geantwoord (N=373). Tabel 8 geeft een overzicht van de resultaten.

De deelnemers die van plan zijn om te minderen/stoppen zijn gemiddeld jonger en hebben gemiddeld een hogere DSM-5 totaalscore dan de deelnemers die niet van plan zijn om hun gebruik te veranderen. Deelnemers die van plan zijn om te minderen/stoppen lijken dus meer problemen te ervaren door hun cannabisgebruik. Daarnaast hebben zij gemiddeld een meer positieve attitude ten aanzien van stoppen, hebben zij een sterkere overtuiging dat hun naasten het goed zouden keuren wanneer zij zouden stoppen (gemiddeld hogere subjectieve norm score) en hebben er minder vertrouwen in dat zij succesvol kunnen stoppen of gestopt kunnen blijven (gemiddeld lagere self-efficacy score) dan de deelnemers die niet van plan zijn om te minderen/stoppen.

Van plan zijn om te minderen/stoppen hangt niet samen met geslacht, dagelijks gebruik en de gemiddelde Cannabis Self-Concept Scale score.

Tabel 8. Vergelijking tussen deelnemers die wel en die niet van plan zijn om hun cannabisgebruik te minderen/stoppen

	wel van plan <i>n</i> =667* %	niet van plan <i>n</i> =373* %	χ^2	df	p	phi
Geslacht						
man	67.3	66.9	.003	1	.96	-.004
vrouw	32.7	33.1				
Gebruik						
dagelijks	69.0	63.2	3.36	1	.07	.06
niet-dagelijks	31.0	36.8				
	M (SD)	M (SD)	t	df	p	
Leeftijd	23.70 (5.84)	26.65 (9.46)	5.47	534.2	<.001	
DSM-5	4.68 (2.84)	2.58 (2.41)	-12.50	868.1	<.001	
CSCS	4.21 (2.16)	4.42 (2.54)	1.38	673.6	.17	
Attitude	0.74 (0.92)	-0.11 (1.10)	-11.89	541.5	<.001	
Subjectieve norm	12.23 (3.04)	10.27 (3.19)	-9.71	1014	<.001	
Self-efficacy	20.69 (5.15)	21.69 (5.72)	2.80	701.3	<.001	

* Het gaat hier om de maximale *n*, het daadwerkelijke aantal deelnemers (*n*) verschilde per analyse vanwege ontbrekende antwoorden.

4.3 Factoren die samenhangen met de intentie om te minderen of te stoppen

Om vast te stellen wat de invloed is van de hiervoor beschreven kenmerken op de kans dat deelnemers aangeven dat zij de intentie hebben om te minderen/stoppen is een logistische regressie analyse uitgevoerd. In het model zijn de kenmerken uit tabel 8 opgenomen waarop

beide groepen significant bleken te verschillen, bij een iets minder strenge p-waarde van .10. Het model bevatte dus zes voorspellende variabelen (leeftijd, dagelijks gebruik, DSM-5 totaalscore, attitude t.a.v. stoppen, subjectieve norm t.a.v. stoppen en mate van self-efficacy). Het volledige model met alle voorspellende variabelen is statistisch significant, χ^2 (6, N=913) =223.44, $p < .001$, dit betekent dat het model in staat is om onderscheid te maken tussen deelnemers die van plan zijn om te minderen/stoppen en deelnemers die niet van plan zijn om te minderen/stoppen. Het model verklaart 30.2% van de pseudo-variantie (Nagelkerke R^2) in van plan zijn om te minderen/stoppen en classificeert 73.2% van de deelnemers correct. Zoals af te lezen in tabel 9 maken 4 van de 6 voorspellende variabelen een statistisch significante bijdrage aan het model, namelijk: dagelijks gebruik, DSM-5 totaalscore, attitude t.a.v. stoppen en subjectieve norm t.a.v. stoppen. Dit betekent dat deze variabelen beter voorspellen of iemand van plan is om te stoppen/minderen dan je op basis van kans zou verwachten.

Factoren die samenhangen met intentie om te minderen/stoppen (beschrijving tabel 9)

- *Attitude t.a.v. stoppen*: met een Odds Ratio van 2.07 hangt attitude t.a.v. stoppen het sterkst samen met de intentie om te minderen/stoppen. Dit betekent dat voor elk punt dat de deelnemers hoger scoren op de attitude-ten-aanzien-van-stoppen-vragenlijst zij 2.07 meer kans hebben om te rapporteren dat zij de intentie hebben om te minderen/stoppen (hierbij is gecontroleerd voor de andere variabelen in het model).
- *Dagelijks gebruik*: wanneer deelnemers dagelijks cannabis gebruiken hebben zij 1.50 keer meer kans om de intentie te hebben om te minderen/stoppen dan wanneer zij niet dagelijks cannabis gebruiken (hierbij is gecontroleerd voor de andere variabelen in het model).
- *DSM-5 totaalscore*: voor elk symptoom extra dat deelnemers rapporteren (of voor elk punt dat zij hoger scoren op de DSM-5 vragenlijst), hebben zij 1.27 keer meer kans om de intentie te hebben om te minderen/stoppen (hierbij is gecorrigeerd voor de andere variabelen in het model).
- *Subjectieve norm t.a.v. stoppen*: voor elke punt dat de deelnemers hoger scoren op de subjectieve-norm-ten-aanzien-van-stoppen-vragenlijst hebben zij 1.01 keer meer kans om de intentie te hebben om te minderen/stoppen (hierbij is gecorrigeerd voor de andere variabelen in het model).

Tabel 9. Logistische regressie, van plan zijn om te minderen/stoppen met cannabis

	B	S.E.	Wald	df	p	Odds Ratio	95.0% C.I. Odds Ratio	
							Lower	Upper
Leeftijd	-.02	.01	3.13	1	.08	0.98	0.95	1.00
Dagelijks gebruik	.40	.18	4.84	1	.03	1.50	1.05	2.15
DSM-5 totaalscore	.24	.04	40.58	1	<.001	1.27	1.18	1.36
Attitude t.a.v. stoppen	.73	.09	61.71	1	<.001	2.07	1.73	2.49
Subjectieve norm t.a.v. stoppen	.07	.03	5.51	1	.02	1.07	1.01	1.13
Self-efficacy m.b.t. stoppen	.009	.02	.24	1	.63	1.01	0.98	1.04
Constante	-1.09	.66	2.72	1	.10	0.34		

Voorafgaand aan de analyses is gecontroleerd op multicollineariteit, deze assumptie is niet geschonden (alle VIF statistics <2).

5 Kennis, ervaringen en opvattingen over stoppen

Kernpunten

- Bijna 70% van de deelnemers heeft ooit geprobeerd om te minderen of te stoppen met het gebruik van cannabis.
- De meest gebruikte strategieën bij het minderen/stoppen zijn: 'ik dacht aan alle voordelen van het stoppen met cannabis', 'ik probeerde mezelf af te leiden' en 'ik dacht aan alle nadelen van het gebruik van cannabis'.
- De strategieën die door de deelnemers zijn ervaren als het meest effectief luiden: 'ik zocht steun in mijn geloof', 'ik stelde mezelf concrete doelen' en 'ik stopte samen met iemand anders of met meerdere anderen samen'.
- Bijna 75% van de deelnemers had tijdens zijn meest recente poging om te minderen of te stoppen in enige mate last van ontwenningssverschijnselen. De meest gerapporteerde ontwenningssverschijnselen zijn moeite met slapen (60%), prikkelbaarheid, boosheid of agressie (40%) en rusteloosheid (35%).
- De belangrijkste redenen voor de deelnemers om een serieuze minder- of stoppoging te doen luiden: 'om geld te besparen', 'om me energiever te voelen' en 'om meer dingen gedaan te krijgen gedurende de dag'.
- De meest bekende vorm van stopondersteuning is een behandeling in de klinische verslavingszorg. De minst bekende vorm van ondersteuning is online zelfhulp.
- Sociale steun door naasten en behandeling in de ambulante verslavingszorg worden beschouwd als de meest aantrekkelijke vormen van stopondersteuning. Een behandeling in de klinische verslavingszorg wordt gezien als de minst aantrekkelijke vorm van stopondersteuning.

In dit hoofdstuk zal eerst worden beschreven welke ervaring de deelnemers hebben met het minderen en/of stoppen van hun cannabisgebruik. Vervolgens zal worden ingegaan op welke vormen van stopondersteuning de deelnemers kennen en met welke vormen van stopondersteuning zij ervaring hebben. Tot slot zal worden ingegaan op de opvattingen die de deelnemers hebben over verschillende vormen van stopondersteuning.

5.1 Ervaring met minderen en stoppen

Bijna 70% van de deelnemers ($N=716$) heeft ooit geprobeerd om te minderen of te stoppen met het gebruik van cannabis. Ruim 30% van de deelnemers heeft uitsluitend ooit geprobeerd te minderen, 19% probeerde uitsluitend om te stoppen en 18% probeerde zowel te minderen als te stoppen. Slechts 31% van de deelnemers heeft nooit geprobeerd om zijn gebruik te veranderen.

De deelnemers die ooit hebben geprobeerd om te stoppen (N=382) deden gemiddeld 5.65 stoppogingen ($SD=22.49$, mediaan=2). De deelnemers die ooit hebben geprobeerd om te minderen (N=519) deden gemiddeld 5.41 pogingen om te minderen ($SD=13.36$, mediaan=3).

Er is onderzocht van welke strategieën de deelnemers gebruik hebben gemaakt bij hun meest serieuze poging om te stoppen of te minderen. Aan de deelnemers die ooit een poging hebben gedaan om te minderen of te stoppen is een lijst met mogelijke strategieën getoond. Deze strategieën waren gebaseerd op eerder onderzoek naar veel voorkomende strategieën om te minderen of stoppen met cannabis [27,28]. Zie voor een overzicht van de strategieën tabel 10. De deelnemers konden de strategieën die zij hebben gebruikt aanvinken. De meest *gebruikte* strategieën zijn:

- *'ik dacht aan alle voordelen van het stoppen met cannabis'* (46.6%)
- *'ik probeerde mezelf af te leiden'* (40.6%)
- *'ik dacht aan alle nadelen van het gebruik van cannabis'* (34.1%).

Vervolgens is gevraagd in welke mate de gebruikte strategieën volgens de deelnemers *hebben geholpen* bij het minderen of stoppen. De strategieën die door de deelnemers zijn ervaren als het meest effectief zijn:

- *'ik zocht steun in mijn geloof'*,
- *'ik stelde mezelf concrete doelen'*
- *'ik stopte samen met iemand anders of met meerdere anderen samen'*.

Tabel 10. Gebruikte strategieën bij meest serieuze poging om te minderen of stoppen

Strategieën	Aantal deelnemers dat gebruik heeft gemaakt van strategie		Mate waarin strategie heeft geholpen (0-4)
	N	%	M (SD)
Ik dacht aan alle voordelen van het stoppen met cannabis	334	46.6	2.25 (1.09)
Ik probeerde mezelf af te leiden	291	40.6	2.26 (1.05)
Ik dacht aan alle nadelen van het gebruik van cannabis	244	34.1	2.33 (1.11)
Ik vermeid situaties die ik associeerde met het gebruik van cannabis	214	29.9	2.33 (1.05)
Ik gooide alle benodigdheden om cannabis te gebruiken weg	208	29.1	2.16 (1.24)
Ik stelde mezelf concrete doelen	195	27.2	2.77 (0.91)
Ik bouwde mijn cannabisgebruik langzaam af	186	26.0	2.68 (1.08)
Ik vond andere manieren om mij te ontspannen	181	25.3	2.38 (0.96)
Ik stopte samen met iemand anders of met meerdere anderen samen	152	21.2	2.75 (1.12)
Ik hield bij hoeveel geld ik had bespaard door geen cannabis te gebruiken	143	20.0	2.72 (1.05)
Ik zocht steun bij mijn naasten	123	17.2	2.57 (1.03)
Ik beloonde mezelf voor het niet gebruiken	109	15.2	2.55 (1.03)
Ik vond andere manieren om om te gaan met negatieve emoties zoals angst, somberheid, spanning en stress	103	14.4	2.39 (1.07)
Ik maakte een plan van aanpak voor hoe ik om kon gaan met situaties waarin ik mogelijk verleid kon worden om cannabis te gebruiken	74	10.3	2.34 (0.98)
Ik registreerde (dagelijks) mijn gebruik / Ik hield bij hoeveel dagen ik geen cannabis had gebruikt	70	9.8	2.59 (1.11)
Ik vroeg anderen geen cannabis meer in mijn buurt te gebruiken	44	6.1	2.37 (1.11)
Ik zocht steun in mijn geloof	15	2.1	2.93 (0.96)

Aan de deelnemers is gevraagd of zij naast de strategieën uit tabel 10, ook nog gebruik hebben gemaakt van andere strategieën bij het minderen/stoppen. De meest genoemde strategie is *'gewoon niet meer doen'*, *'gewoon stoppen'*, *'gewoon minderen'*, 49 deelnemers gaven aan deze strategie te hebben gebruikt. Daarnaast gaven 18 deelnemers aan dat zij tijdelijk in het buitenland verbleven voor vakantie of werk, zo luidde een antwoord *'op vakantie gegaan naar Turkije waar ik er moeilijk aan kon komen'*. Het volgen van een behandeling werd door 18 deelnemers ingezet als strategie om te minderen/stoppen, variërend van opname in een kliniek tot ondersteuning door de POH-GGZ. Daarnaast werden als strategieën genoemd *'cold turkey'* stoppen (N=10), zwangerschap (N=8), sporten (N=6), het krijgen van een nieuwe baan (N=6) en het krijgen van een nieuwe relatie (N=5).

Bijna 75% van de deelnemers had tijdens zijn meest recente poging om te minderen of te stoppen in enige mate last van ontwenningsverschijnselen. De meest gerapporteerde ontwenningsverschijnselen onder alle deelnemers die ooit hebben geprobeerd om te minderen of te stoppen zijn moeite met slapen (59.8%), prikkelbaarheid, boosheid of agressie (39.9%) en rusteloosheid (34.6%). Ook de deelnemers die uitsluitend probeerden om te minderen hadden last van ontwenningsverschijnselen, slechts 32.7% van hen rapporteerden geen last te hebben gehad van ontwenningsverschijnselen.

5.2 Redenen om te minderen of stoppen

Er is gevraagd welke redenen de deelnemers hebben om te minderen of te stoppen. Op basis van eerder onderzoek is een aantal mogelijke redenen om te minderen geformuleerd [29,30]. Vervolgens is aan de 716 deelnemers die ooit een poging hebben gedaan gevraagd om van elke reden aan te geven in welke mate dit voor hen een reden was om te minderen of te stoppen (0=helemaal niet, 4=zeer veel). De belangrijkste reden voor de deelnemers was *'om geld te besparen'*, gevolgd door *'om me energiever te voelen'* en *'om meer dingen gedaan te krijgen gedurende de dag'*. Zie tabel 11 voor een overzicht van alle redenen.

Daarnaast is aan de deelnemers gevraagd of zij naast de redenen in tabel 11, nog andere redenen hadden om te minderen of te stoppen met het gebruik van cannabis. Een gebrek aan motivatie en/of concentratie wordt door 11 deelnemers als reden genoemd om te minderen/stoppen, zo luidde het antwoord van een van de deelnemers: *'Omdat ik veel huiswerk moest maken op school en dat doe ik niet als ik stoned ben'*. Daarnaast gaven 10 deelnemers aan dat zij zijn gestopt/geminderd omdat zij geen behoefte meer hadden om te blowen, *'Simpelweg geen behoefte meer omdat ik stoned zijn wel even zat was'*. Er gaven 7 deelnemers aan dat zij zijn gestopt uit angst om betrappt te worden op het gebruik van cannabis: *'Omdat je tegenwoordig je rijbewijs kwijt raakt als ze je testen en je bent onder invloed. Zelfs al zou ik een dag niet blowen en word getest, kom ik positief uit de test.'* Een zwangerschap of kinderwens was voor 6 deelnemers een reden om te stoppen: *'Ik wilde een gezond meisje ter wereld brengen en dat is mij gelukt.'* Voor 6 deelnemers was tolerantie een reden om tijdelijk te stoppen: *'Omdat je een spiegel opbouwt heb je inderdaad een hogere dosering nodig. Echter wiet is vrij duur. Vandaar stop ik zelf soms zodra ik merk dat ik niet high meer wordt. Dan stop ik ongeveer een dag of 20 en dan is het vaak net als de eerste keer!'* Daarnaast noemden meerdere deelnemers als reden om te minderen/stoppen: verblijf in het buitenland,

een psychologische behandeling voor een andere aandoening dan verslaving, 'wiet nam mijn leven over' en 'gewoon gestopt'.

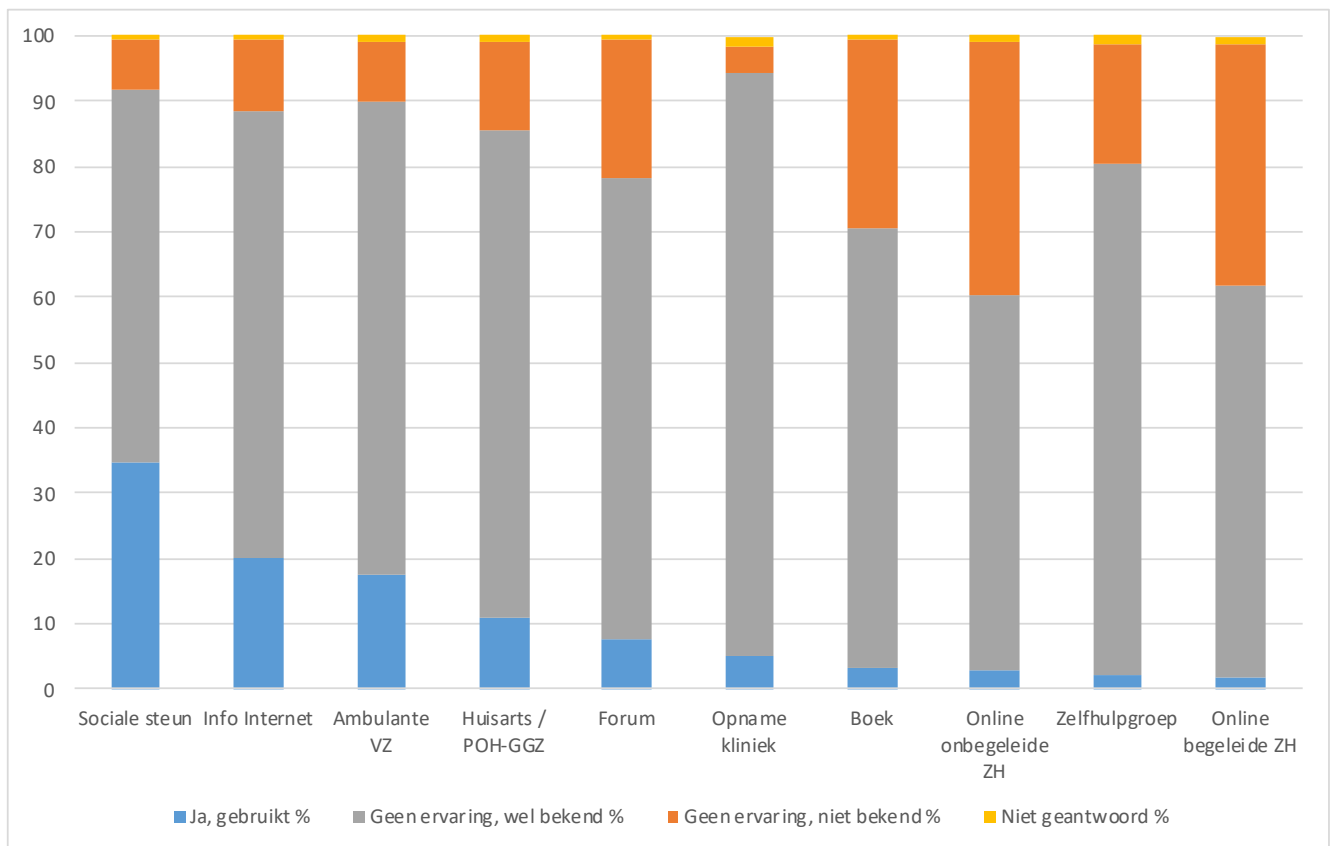
Tabel 11. Redenen om te minderen en/of stoppen

Redenen om te stoppen	Aantal deelnemers die vraag hebben beantwoord	Mate waarin dit een reden was om te minderen/stoppen (0-4)		Aantal deelnemers dat aangaf dat dit veel of zeer veel een reden was om te minderen/stoppen	
	N	M	SD	N	%
Om geld te besparen	705	2.32	1.43	354	50.2
Om me energieker te voelen	706	2.01	1.48	304	43.1
Om meer dingen gedaan te krijgen gedurende de dag	707	1.77	1.47	254	35.9
Om te bewijzen dat ik niet verslaafd was	705	1.71	1.51	248	35.2
Om me meer in controle te voelen over mijn eigen leven	708	1.65	1.47	240	33.9
Om gezondheidsproblemen te voorkomen	706	1.30	1.41	156	22.1
Omdat ik mezelf meer zou waarderen wanneer ik geen cannabis meer gebruikte	708	1.19	1.38	142	20.1
Om te voorkomen dat psychische klachten (zoals angst, somberheid) erger zouden worden	707	1.04	1.44	139	19.7
Het gebruik van cannabis past niet bij wie ik wil zijn	705	1.01	1.29	103	14.6
Omdat ik geen slecht voorbeeld wil zijn voor mijn kinderen of voor anderen	706	0.98	1.41	134	19.0
Omdat ik met een nieuwe baan of opleiding was begonnen en het gebruik van cannabis hier niet mee samen ging	704	0.95	1.35	127	18.0
Omdat cannabis mijn gezondheid schaadde	706	0.90	1.22	88	12.5
Omdat mijn kinderen/partner/anderen daar om vroegen/van mij eisten	709	0.85	1.30	102	14.4
Om waardering te krijgen van mijn naasten	708	0.71	1.16	80	11.3
Omdat ik een nieuwe relatie was begonnen en het gebruik van cannabis hier niet mee samen ging	704	0.58	1.13	70	9.9
Omdat het gebruik van cannabis steeds minder sociaal geaccepteerd wordt	707	0.42	0.88	33	4.7

5.3 Stopondersteuning – kennis en ervaring

Aan alle deelnemers is een lijst met verschillende vormen van stopondersteuning voorgelegd. Vervolgens is aan hen gevraagd of zij ervaring hebben met deze vormen van ondersteuning, zie figuur 7. De meest gebruikte vorm van ondersteuning is sociale steun van naasten (34.7%, N=361), gevolgd door info zoeken op internet (20.1%, N=209) en behandeling in de ambulante verslavingszorg (17.5%, N=182). De meest bekende vorm van stopondersteuning is een behandeling in de klinische verslavingszorg, slechts 4.0% van de deelnemers gaf aan deze vorm van ondersteuning niet te kennen. De minst bekende vorm van ondersteuning is online zelfhulp: 38.7% van de deelnemers gaf aan niet op de hoogte te zijn van het bestaan van online onbegeleide zelfhulp, daarnaast wist 36.7% van de deelnemers niet van het bestaan van begeleide online zelfhulp. Ook het zelfhulpboek (28.9%) is een relatief onbekende vorm van stopondersteuning.

Figuur 7. Heb je ervaring met deze vormen van ondersteuning? % deelnemers



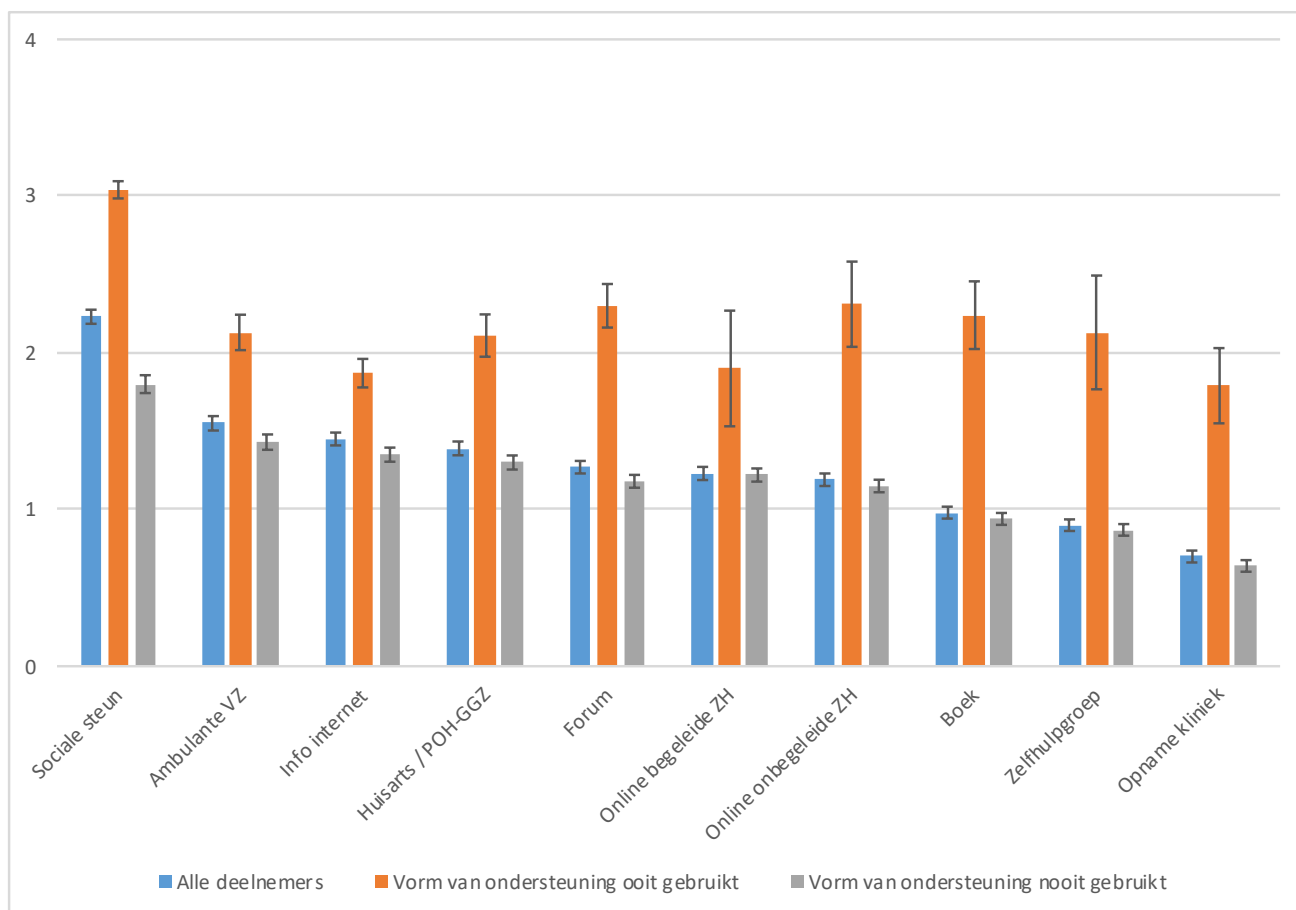
5.4 Stopondersteuning – opvattingen en intenties

Aantrekkelijkheid

Aan de deelnemers is gevraagd om van de verschillende vormen van stopondersteuning aan te geven of zij deze aantrekkelijk vinden (0 zeker niet – 4 zeker wel). In figuur 8 is de gemiddelde score op aantrekkelijkheid af te lezen voor de verschillende vormen van stopondersteuning. Hoe hoger de gemiddelde score, hoe aantrekkelijker de deelnemers de ondersteuning vinden. Naast de gemiddelde score van de totale steekproef, zijn apart de gemiddelde scores weergegeven

voor de groep deelnemers die ooit gebruik heeft gemaakt van de betreffende vorm van ondersteuning en de groep die hier nooit gebruik van heeft gemaakt. Onder alle deelnemers wordt sociale steun het meest aantrekkelijk gevonden met een gemiddelde score van 2.23 ($SD=1.46$). Opvallend is dat ambulante verslavingszorg de op een na hoogste score heeft met een gemiddelde van 1.55 ($SD=1.47$). Opname in een kliniek is volgens de deelnemers de minst aantrekkelijke vorm van ondersteuning met een gemiddelde score van 0.70 ($SD=1.23$).

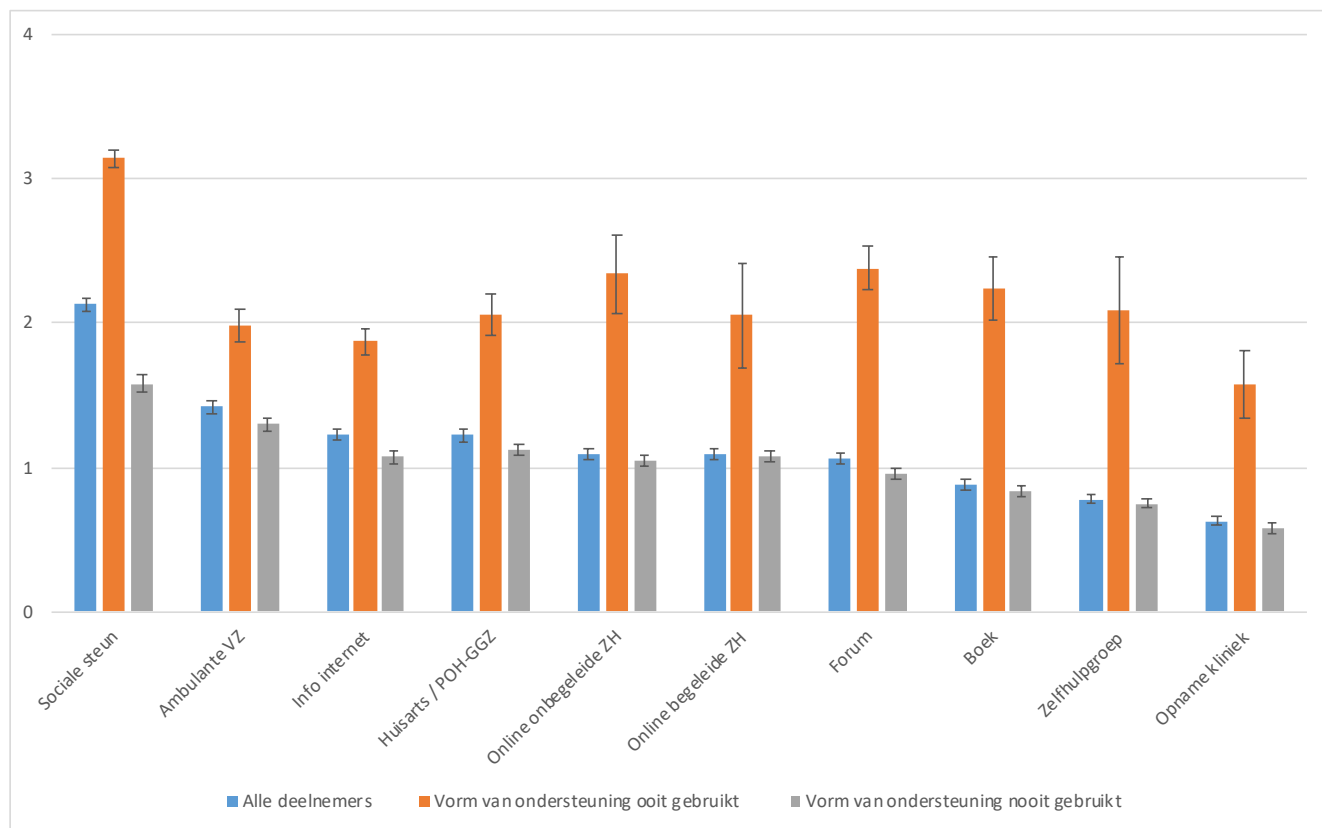
Figuur 8. Vind je deze vorm van ondersteuning aantrekkelijk? Gemiddelde (range 0-4)



Overwegen om gebruik te maken van stopondersteuning

Daarnaast is aan de deelnemers gevraagd of zij zouden overwegen de verschillende vormen van stopondersteuning zelf te gebruiken (0 zeker niet – 4 zeker wel). In figuur 9 zijn de gemiddelde scores voor de verschillende vormen van ondersteuning weergegeven. Hoe hoger de gemiddelde score, hoe meer de deelnemers overwegen om hier zelf gebruik van te maken. Sociale steun scoort wederom het hoogst onder alle deelnemers met een gemiddelde score van 2.13 ($SD=1.52$), gevolgd door ambulante verslavingszorg ($M=1.42$, $SD=1.45$). Opname in een kliniek wordt het minst door de deelnemers overwogen ($M=0.63$, $SD=1.15$).

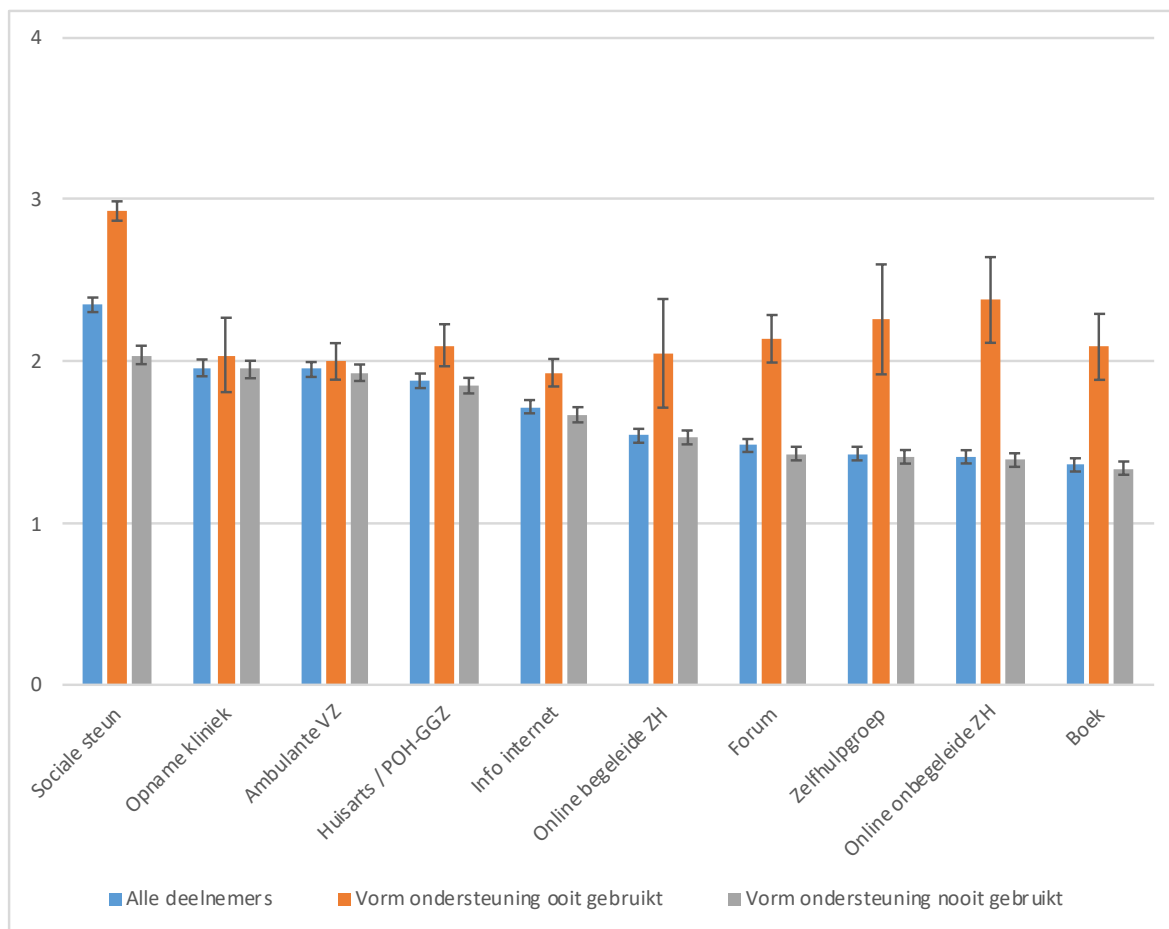
Figuur 9. Zou je deze vorm van stopondersteuning zelf (nogmaals) overwegen te gebruiken? Gemiddelde (range 0-4)



Verwachte effectiviteit

Daarnaast is aan de deelnemers gevraagd om aan te geven of zij denken te kunnen stoppen met behulp van de verschillende vormen van ondersteuning (0=zeker niet, 4=zeker wel). In figuur 10 zijn de gemiddelde scores voor de verschillende vormen van ondersteuning weergegeven. Hoe hoger de scores hoe meer vertrouwen de deelnemers er in hebben dat zij kunnen stoppen met behulp van deze vorm van ondersteuning. Sociale steun scoort ook hier weer het hoogst ($M=2.35$, $SD=1.43$), gevolgd door opname in een kliniek ($M=1.96$, $SD=1.67$) en ambulante verslavingszorg ($M=1.95$, $SD=1.49$). De deelnemers hebben er het minst vertrouwen in dat zij kunnen stoppen met behulp van het zelfhulpboek ($M=1.36$, $SD=1.31$).

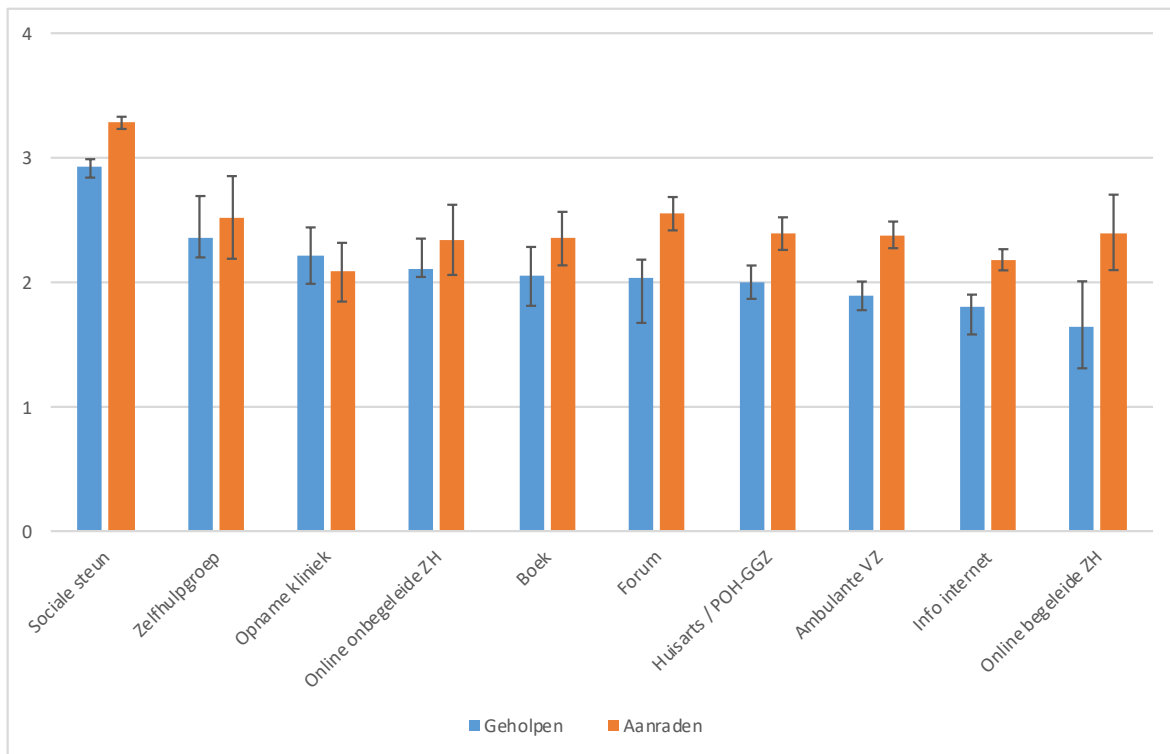
Figuur 10. Denk je dat je met behulp van deze vorm van ondersteuning zou kunnen stoppen met het gebruik van cannabis? Gemiddelde (range 0-4)



5.5 Stopondersteuning – ervaringen

Sociale steun is niet alleen de vorm van ondersteuning die het vaakst is gebruikt, het is tevens de vorm van ondersteuning die door de deelnemers is ervaren als het meest effectief. De deelnemers konden op een schaal van 0 (zeker niet) tot 4 (zeker wel) aangeven in welke mate de verschillende vormen van ondersteuning die zij hebben gebruikt hebben geholpen bij het minderen/stoppen. Sociale steun was volgens de deelnemers het meest effectief met een gemiddelde score van 2.93 ($SD=1.11$, $N=361$). Dit is tevens de vorm van ondersteuning die de deelnemers het sterkst aan anderen zouden aanraden. Online begeleide zelfhulp lijkt het minst goed te helpen bij het minderen of stoppen met een gemiddelde score van 1.65 ($SD=1.60$, $N=20$). Zie figuur 11.

**Figuur 11. Mate waarin de ondersteuning heeft geholpen bij het minderen/stoppen
 Mate waarin men de ondersteuning aan een ander zou aanraden
 Gemiddelde (range 0-4)**



6 Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk zal een antwoord worden geformuleerd op de onderzoeksvragen uit de inleiding. Ook worden de implicaties van dit verkennende onderzoek beschreven.

6.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen

1. Wat zijn belangrijke motieven om cannabis te gebruiken?

Voor de deelnemers zijn routine ('uit gewoonte') en genot ('omdat het een lekker gevoel geeft') de belangrijkste motieven om cannabis te gebruiken. Iets minder belangrijk zijn sociale motieven ('omdat het sociale gelegenheden leuker maakt'), coping motieven ('om je zorgen te vergeten') en het motief verruiming ('om anders tegen dingen aan te kijken'). Conformereren ('omdat je vrienden daarop aandringen') wordt door de deelnemers gezien als het minst belangrijke motief om cannabis te gebruiken. Deze motieven zijn in kaart gebracht door middel van de Marijuana Motives Measure (MMM). In eerder onderzoek onder frequente cannabisgebruikers kwamen genot en sociale redenen als belangrijkste motieven naar voren om cannabis te gebruiken [18]. Daarnaast blijkt uit dit eerdere onderzoek dat coping motieven een voorspeller zijn voor cannabisafhankelijkheid [18]. Onder de deelnemers scoorden de dagelijkse gebruikers gemiddeld hoger op coping motieven dan de niet-dagelijkse gebruikers.

Bijna de helft van de deelnemers ($N=436$, 41.9%) geeft aan cannabis (mede) als 'medicijn' te gebruiken, hoewel slechts 2 deelnemers cannabis op doktersrecept krijgen. In de Leefstijlmonitor 2018 CBS i.s.m. RIVM en Trimbos-instituut is aan cannabisgebruikers die in het afgelopen jaar cannabis hadden gebruikt gevraagd of zij cannabis gebruikten als medicijn. Ongeveer twee op de tien van de laatste-jaar-cannabisgebruikers (16.5%) gaf aan cannabis (mede) als medicijn te gebruiken. In het huidige onderzoek ligt het (naar eigen zeggen) 'medicinale' gebruik van cannabis dus fors hoger. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat we ons in dit onderzoek hebben gericht op frequente cannabisgebruikers.

Voor het merendeel van de deelnemers lijkt het cannabisgebruik in ieder geval in enige mate problematisch. Wanneer wordt voldaan aan 2 DSM-5 criteria of meer kan worden gesproken van een stoornis is het gebruik van cannabis. Ruim 70% van de deelnemers voldoet naar eigen zeggen aan 2 of meer criteria. Eerder onderzoek onder frequente cannabisgebruikers (≥ 3 dagen per week) toont aan dat naar schatting één op de drie frequente cannabisgebruikers een cannabisverslaving ontwikkelt [2].

2. Welke ervaring hebben cannabisgebruikers met minderen en/of stoppen?

Bijna 70% van de deelnemers heeft ooit geprobeerd om te minderen of te stoppen met het gebruik van cannabis. De deelnemers die ooit hebben geprobeerd om te stoppen ($N=382$) deden gemiddeld bijna 6 stoppogingen ($SD=22.49$, mediaan=2). De deelnemers die ooit hebben geprobeerd om te minderen ($N=519$) deden gemiddeld ruim 5 pogingen ($SD=13.36$, mediaan=3). De meest gebruikte strategieën bij het minderen/stoppen zijn: 'ik dacht aan alle

voordelen van het stoppen met cannabis', 'ik probeerde mezelf af te leiden' en 'ik dacht aan alle nadelen van het gebruik van cannabis'. De belangrijkste redenen om te minderen/stoppen zijn 'om geld te besparen', gevolgd door 'om me energiever te voelen' en 'om meer dingen gedaan te krijgen gedurende de dag'. Geconcludeerd kan worden dat het besparen van geld een belangrijk motief is voor cannabisgebruikers om te stoppen met blowen.

3. Welke verschillen bestaan er tussen cannabisgebruikers die wel en die niet van plan zijn om te minderen of te stoppen?

De meerderheid van de deelnemers geeft aan van plan te zijn om in de toekomst te minderen of te stoppen met het gebruik van cannabis. Een derde van de deelnemers (33.2%) geeft aan van plan te zijn om te minderen, daarnaast geeft bijna een derde (30.8%) aan van plan te zijn om te stoppen. De deelnemers die van plan zijn om te minderen of te stoppen verschillen op een aantal kenmerken van deelnemers die niet van plan zijn om te minderen/stoppen. Deelnemers die van plan zijn om te minderen/stoppen zijn namelijk:

- gemiddeld jonger
- lijken meer problemen te ervaren door hun cannabisgebruik (meer DSM-5 symptomen)
- lijken een meer positieve attitude ten aanzien van stoppen te hebben
- hebben een sterkere overtuiging dat hun naasten het zouden goedkeuren wanneer zij zouden stoppen (subjectieve norm t.a.v. stoppen)
- en hebben er minder vertrouwen in dat zij succesvol kunnen stoppen of gestopt kunnen blijven (mate van self-efficacy)

Op basis van een logistische regressie is gebleken dat de belangrijkste voorspellers gezamenlijk 30% van de variantie in de intentie om te minderen/stoppen verklaren.

4. Welke kennis, ervaring en opvattingen hebben cannabisgebruikers over verschillende vormen van stopondersteuning?

Kennis

De meest bekende vorm van stopondersteuning is een behandeling in de klinische verslavingszorg. Slechts 4% van de deelnemers gaf aan deze vorm van ondersteuning niet te kennen. De minst bekende vorm van stopondersteuning is online zelfhulp, 39% van de deelnemers geeft aan niet op de hoogte te zijn van het bestaan van online ongebeide zelfhulp. Daarnaast weet 37% niet van het bestaan van begeide online zelfhulp.

Ervaring

De meest gebruikte vorm van ondersteuning is sociale steun van naasten (35%), gevolgd door info zoeken op internet (20%) en behandeling in de ambulante verslavingszorg (18%). Aan de deelnemers is gevraagd in welke mate de vormen van stopondersteuning die zij hebben gebruikt hebben geholpen bij het minderen/stoppen. Volgens de deelnemers helpt sociale steun door naasten het best bij het minderen of stoppen.

Opvattingen

Sociale steun door naasten en behandeling in de ambulante verslavingszorg worden beschouwd als de meest aantrekkelijke vormen van stopondersteuning. Een behandeling in de klinische verslavingszorg wordt gezien als minst aantrekkelijke vorm van stopondersteuning. Aan de

deelnemers is gevraagd of zij denken te kunnen stoppen met behulp van de verschillende vormen van stopondersteuning. De deelnemers hebben er het meest vertrouwen in te kunnen stoppen met sociale steun van naasten. Zij hebben er het minst vertrouwen in te kunnen stoppen met behulp van het zelfhulpboek. Tot slot is gevraagd in hoeverre de deelnemers overwegen zelf gebruik te maken van de verschillende vormen van ondersteuning. Sociale steun scoort wederom het hoogst, gevolgd door ambulante verslavingszorg. Opname in een kliniek wordt het minst door de deelnemers overwogen.

Sociale steun

De deelnemers lijken de voorkeur te geven aan sociale steun van naasten bij het minderen of stoppen met blowen. Dit is in lijn met wat reeds bekend is uit eerder onderzoek naar het (niet) zoeken van hulp bij frequent cannabisgebruik. Zo blijkt uit onderzoek onder volwassen Nederlandse frequente cannabisgebruikers dat het zelf willen stoppen en het willen stoppen met behulp van naasten belangrijke motieven zijn om geen professionele hulp te zoeken voor cannabisgebruik [7]. De deelnemers verwachten bovendien dat sociale steun van naasten voor hen de meest effectieve vorm van ondersteuning is. Het is echter niet bekend of sociale steun van naasten daadwerkelijk helpt bij het minderen of stoppen met het gebruik van cannabis. Voor zover bij ons bekend is hier geen wetenschappelijke onderzoek naar gedaan. Ook in brede zin geldt dat er weinig onderzoek is verricht naar de effectiviteit van sociale steun bij het herstel van een verslaving.

Er zijn vanuit de wetenschappelijk literatuur aanwijzingen dat sociale steun een positief effect kan hebben bij het herstel van een verslaving. Zo bleek in een studie onder ex-gebruikers van alcohol, tabak en opiaten de kans op terugval kleiner onder hen die sociale steun van naasten of van andere ex-gebruikers ontvingen [31]. Ook in andere onderzoeken wordt een dergelijk verband tussen sociale steun en de kans op terugval aangetoond [32,33]. Ook wanneer de theorie van gepland gedrag nogmaals in ogenschouw wordt genomen lijkt het aannemelijk dat wanneer een cannabisgebruiker steun van naasten ervaart dit een gunstig effect heeft op het minderen/stoppen. Zo toont ook huidig onderzoek aan dat de subjectieve norm van invloed is op de intentie om het cannabisgebruik te reduceren. Daarnaast laat onderzoek onder mensen met een psychische stoornis zien dat de mate van sociale steun die iemand ervaart samenhangt met het vertrouwen dat die persoon heeft om succesvol te kunnen herstellen (self-efficacy), de mate van self-efficacy hangt op zijn beurt weer samen met de kans op een succesvol herstel [34].

Er zijn echter ook studies waarin geen verband wordt gevonden tussen sociale steun en het succesvol minderen met het gebruik van middelen. In een studie van Dobkin en collega's (2002) werden patiënten in de verslavingszorg die veel en die weinig sociale steun ontvingen met elkaar vergeleken [35]. De patiënten die bij intake veel sociale support ontvingen hadden een hogere therapietrouw -zij stakten de behandeling minder vaak vroegtijdig- dan de patiënten met weinig sociale support. De mate van sociale steun bleek echter geen voorspeller van de daadwerkelijke reductie in het middelengebruik.

Al met al is er dus geen eenduidig bewijs dat sociale steun helpt bij het minderen/stoppen met cannabis. Een aantal van de hiervoor beschreven studies laten een positief effect zien van sociale steun bij het herstel van een verslaving. In deze studies ging het echter voornamelijk

om het effect van sociale steun naast of na een psychologische behandeling. Of sociale steun op zichzelf staand ook effectief is, is niet bekend. Sociale steun is de meest gebruikte vorm van ondersteuning bij de deelnemers in huidig onderzoek. Gezien het feit dat vrijwel alle deelnemers nog altijd frequent cannabis gebruiken en twee derde nog steeds de wens heeft om te minderen/stoppen kan worden geconcludeerd dat sociale steun van naasten mogelijk niet altijd voldoende effectief is. Behandelprogramma's gebaseerd op motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie zijn volgens de multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaine, amfetamine, GHB en bezodiazepines het meest effectief [36].

6.2 Conclusie en implicaties

Bijna 70% van de deelnemers aan het onderzoek heeft in het verleden geprobeerd om te minderen of te stoppen met het gebruik van cannabis. Meer dan 60% van de deelnemers geeft aan van plan te zijn om in de toekomst te minderen of te stoppen met het gebruik van cannabis. De gemiddelde attitude ten aanzien van volledig stoppen is gematigd positief.

Mogelijk lukt het minderen/stoppen niet doordat de voorkeur van cannabisgebruikers uitgaat naar matig effectieve vormen van ondersteuning. Zo geven zij de voorkeur het meest aan sociale steun van naasten en minder aan de zorg die volgens de richtlijnen het meest effectief is. Hoewel uit een aantal onderzoeken blijkt dat sociale steun naast of na een behandeling de kans op terugval verkleint, is het niet bekend of sociale steun op zichzelf staand tevens effectief is. Behandelprogramma's gebaseerd op motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie zijn volgens de richtlijnen het meest effectief en verdienen dan ook de voorkeur te krijgen.

Een mogelijke oplossing voor cannabisgebruikers die willen minderen of stoppen met cannabis maar liever (nog) geen professionele hulp willen zoeken zijn online zelfhulpinterventies. Online zelfhulpinterventies zijn bewezen effectief en stellen de cannabisgebruiker in staat om zonder professionele hulp aan het reduceren van het cannabisgebruik te werken [37,38]. Deze vorm van hulp is echter de minst bekende vorm van ondersteuning onder cannabisgebruikers. In de multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaine, amfetamine, GHB en benzodiazepines is opgenomen dat online interventies effectief kunnen zijn in het reduceren van cannabisgebruik en worden aanbevolen voor volwassenen die (nog) geen professionele hulp zoeken [36]. Het lijkt dus van belang om deze vorm van hulp bij frequente cannabisgebruikers onder de aandacht te brengen. In Nederland worden er verschillende online interventies voor cannabisgebruikers aangeboden. Hoewel er weinig kwalitatief goed onderzoek is verricht naar de effectiviteit van deze interventies, bestaan er voor een aantal interventies wel aanwijzingen dat zij kunnen helpen bij het minderen of stoppen met cannabis [39].

Dit online onderzoek laat zien dat frequente cannabisgebruikers goed kunnen worden bereikt via internet. In korte tijd hebben meer dan 1000 respondenten de online vragenlijst ingevuld. Mogelijk kan het internet worden gebruikt om effectieve vormen van hulp bij frequente cannabisgebruikers onder de aandacht te brengen en hen naar dit hulpaanbod toe te leiden.

6.3 Beperkingen en meerwaarde van dit onderzoek

Het doel van het huidige onderzoek was om meer te weten te komen over de opvattingen en intenties van volwassenen die regelmatig of frequent cannabis gebruiken. De steekproef die in dit onderzoek is gebruikt is tot stand gekomen middels doelgerichte werving via internet. Vanwege het ontbreken van een steekproefkader is niet duidelijk in hoeverre de steekproef representatief is voor alle Nederlandse volwassenen die regelmatig cannabis hebben gebruikt. In vergelijking met de representatieve steekproef van de gezondheidsenquête/leefstijlmonitor zijn er in elk geval een aantal verschillen met de groep maandelijkse cannabisgebruikers en de groep dagelijkse cannabisgebruikers. Bovendien is een deel van de respondenten afgehaakt voor zij de laatste pagina van de vragenlijst hadden bereikt, alleen de responsen van deelnemers die de vragenlijst volledig hebben ingevuld zijn meegenomen. Mogelijk geeft dit een vertekend beeld van de resultaten.

Dit onderzoeksrapport biedt aanknopingspunten voor het verbeteren van de toeleiding naar het huidige hulpaanbod. Bewezen effectieve vormen van ondersteuning dienen bij de cannabisgebruikers onder de aandacht te worden gebracht. Zo is een deel van de cannabisgebruikers niet bekend met online zelfhulp. Het huidige onderzoek laat zien dat frequente cannabisgebruikers goed bereikt kunnen worden via sociale media kanalen zoals Facebook en Instagram. Mogelijk kunnen deze kanalen tevens worden ingezet om frequente cannabisgebruikers te wijzen op het effectieve hulpaanbod en hen naar dit hulpaanbod toe te leiden.

Referenties

1. Van Laar, M. W., Cruys, A. A. N., Van Miltenburg, C. J. A., Strada, L. V., Ketelaars, A. P. M., Croes, E.A., ... Meijer, R. F., (2020). Nationale Drug Monitor: jaarbericht 2019, Utrecht: Trimbos-instituut.
2. Van der Pol, P. M., Liebrechts, N., De Graaf, R., Korf, D. J., Van den Brink, W., & Van Laar, M. (2013). Predicting the transition from frequent cannabis use to cannabis dependence: A three-year prospective study. *Drug and Alcohol Dependence*, 133(2), 352–359. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.06.009>
3. Hall, W., Renström, M., & Poznyak, V. (2016). The health and social effects of nonmedical cannabis use cannabis. Geneva: World Health Organization.
4. Strada, L. V., Rigter, S. M., Van Laar, M. W., & Bossong, M. G. (2019). Factsheet: Gebruikswijzen van cannabis en hun effecten en gezondheidsrisico's. Utrecht: Trimbos-instituut.
5. Wisselink, D. J., Kuijpers, W. G. T., & Mol, A. (2016). Kerncijfers Verslavingszorg 2016: Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS). Houten: Stichting IVZ.
6. Gates, P., Taplin, S., Copeland, J., Swift, W., & Martin, G. (2012). Barriers and facilitators to cannabis treatment. Sydney: NCPIC.
7. Van der Pol, P. M., Liebrechts, N., De Graaf, R., Korf, D. J., Van den Brink, W., & Van Laar, M. (2015). Wel of geen hulp zoeken voor cannabisafhankelijkheid? *Verslaving*, 11(2), 103–115. <https://doi.org/10.1007/s12501-015-0016-z>
8. Benschop, A., Liebrechts, N., Van der Pol, P., Schaap, R., Buisman, R., Van Laar, M., ... Korf, D. J. (2015). Reliability and validity of the marijuana motives measure among young adult frequent cannabis users and associations with cannabis dependence. *Addictive Behaviors*, 40, 91–95. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.09.003>
9. Blevins, C. E., Abrantes, A. M., Anderson, B. J., Caviness, C. M., Herman, D. S., & Stein, M. D. (2018). Identity as a cannabis user is related to problematic patterns of consumption among emerging adults. *Addictive Behaviors*, 79, 138–143. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.12.021>
10. Hendriks, V. M., Spijkerman, R., Van Oort, M. M. H. J., Van de Glind, G., Müller, M., Van der Schee, E., ... & De Jong, C. A. J. (2014). *Richtlijn ADHD en middelengebruik bij adolescenten: screening, diagnostiek en behandeling in de jeugd-GGZ en jeugdverslavingszorg*. Amersfoort: Resultaten Scoren.

11. Van de Glind, G., Meije, D., Doreleijers, T., Van den Brink, W., Wits, E., & Van Wijngaarden, B. (2016). *Richtlijn middelengebruik voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Amersfoort: Resultaten Scoren.
12. Gual, A., Segura, L., Contel, M., Heather, N., & Colom, J. (2002). Audit-3 and Audit-4: Effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol and Alcoholism*, 37(6), 591–596. <https://doi.org/10.1093/alcalc/37.6.591>
13. Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88(6), 791–804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>
14. Yzer, M., & Van den Putte, B. (2014). Control perceptions moderate attitudinal and normative effects on intention to quit smoking. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(4), 1153–1161. <https://doi.org/10.1037/a0037924>
15. Malmberg, M., Overbeek, G., Vermulst, A. A., Monshouwer, K., Vollebergh, W. A. M., & Engels, R. C. M. E. (2012). The theory of planned behavior: Precursors of marijuana use in early adolescence? *Drug and Alcohol Dependence*, 123(1–3), 22–28. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.10.011>
16. Thanki, D., Mathias, J., Griffiths, P., Noor, A., Olszewski, D., Simon, R., & Vicente, J. (2012). *Prevalence of daily Cannabis use in the European Union and Norway*. Lisbon: EMCDDA. <https://doi.org/10.2810/73754>
17. Legleye, S., Karila, L., Beck, F., & Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use*, 12(4), 233–242. <https://doi.org/10.1080/14659890701476532>
18. Van der Pol, P., Liebrechts, N., De Graaf, R., Ten Have, M., Korf, D. J., Van den Brink, W., & Van Laar, M. (2013). Mental health differences between frequent cannabis users with and without dependence and the general population. *Addiction*, 108(8), 1459–1469. <https://doi.org/10.1111/add.12196>
19. Simons, J., Correia, C. J., Carey, K. B., & Borsari, B. E. (1998). Validating a five-factor marijuana motives measure: relations with use, problems, and alcohol motives. *Journal of Counseling Psychology*, 45(3), 265–273.
20. Field, A. (2009). Exploratory factor analysis. *Discovering statistics using SPSS. Third edition*. (pp. 675). London: Sage.
21. American Psychiatric Association. (2014). *Beknopt overzicht van de criteria (DSM-5). Nederlandse vertaling van de Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5*. Amsterdam: Boom.

22. Ajzen, I. (1985). From Intentions to Actions: A theory of planned behavior. *Action Control*. (pp. 11–39). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-69746-3_2
23. Moan, I. S., & Rise, J. (2005). Quitting Smoking: Applying an extended version of the theory of planned behavior to predict intention and behavior. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 10(1), 39-68.
24. Rise, J., Kovac, V., Kraft, P., & Moan, I. S. (2008). Predicting the intention to quit smoking and quitting behaviour: Extending the theory of planned behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 13(2), 291–310. <https://doi.org/10.1348/135910707X187245>
25. Tseng, Y. F., Wang, K. L., Lin, C. Y., Lin, Y. T., Pan, H. C., & Chang, C. J. (2018). Predictors of smoking cessation in Taiwan: Using the theory of planned behavior. *Psychology, Health and Medicine*, 23(3), 270–276. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1378820>
26. Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. *Psychology and Health*, 26(9), 1113–1127. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.613995>
27. Boyd, S. J., Tashkin, D. P., Huestis, M. A., Heishman, S. J., Dermand, J. C., Simmons, M. S., & Gorelick, D. A. (2005). Strategies for quitting among non-treatment-seeking marijuana smokers. *American Journal on Addictions*, 14(1), 35–42. <https://doi.org/10.1080/10550490590899835>
28. Rooke, S. E., Norberg, M. M., & Copeland, J. (2011). Successful and unsuccessful cannabis quitters: Comparing group characteristics and quitting strategies. *Substance Abuse: Treatment, Prevention and Policy*, 6(30), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-6-30>
29. Chauchard, E., Levin, K. H., Copersino, M. L., Heishman, S. J., & Gorelick, D. A. (2013). Motivations to quit cannabis use in an adult non-treatment sample: Are they related to relapse? *Addictive Behaviors*, 38(9), 2422–2427. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.04.002>
30. Copersino, M., Boyd, S., Tashkin, D., Huestis, M., Heishman, S., Dermand, J., ... Gorelick, D. (2006). Quitting among non-treatment-seeking marijuana users: Reasons and changes in other substance use. *American Journal on Addictions*, 15(4), 297–302. <https://doi.org/10.1080/10550490600754341>
31. Havassy, B. E., Hall, S. M., & Wasserman, D. A. (1991). Social support and relapse: Commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 16(5), 235–246. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(91\)90016-B](https://doi.org/10.1016/0306-4603(91)90016-B)
32. Broome, K. M., Simpson, D., & Joe, G. W. (2002). The role of social support following short-term inpatient treatment. *American Journal on Addictions*, 11(1), 57–65. <https://doi.org/10.1080/10550490252801648>

33. Gordon, A. J., & Zrull, M. (1991). Social networks and recovery: One year after inpatient treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8(3), 143–152. [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(91\)90005-U](https://doi.org/10.1016/0740-5472(91)90005-U)
34. Thomas, E. C., Muralidharan, A., Medoff, D., & Drapalski, A. L. (2016). Self-Efficacy as a mediator of the relationship between social support and recovery in serious mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(4), 352–360. <https://doi.org/10.1037/prj0000199>
35. Dobkin, P. L., Civita, M. De, Paraherakis, A., & Gill, K. (2002). The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction*, 97, 347–356.
36. Hendriks, V., Blanken, P., Croes, E., Schippers, G., Schellekens, A., Stollenga, M., & Van den Brink, W. (2018). *Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines*. Utrecht: Kwaliteitsontwikkeling GGz.
37. Boumparis, N., Loheide-Niesmann, L., Blankers, M., Ebert, D. D., Korf, D., Schaub, M. P., ... Riper, H. (2019). Short- and long-term effects of digital prevention and treatment interventions for cannabis use reduction: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 200(March), 82–94. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.03.016>
38. Olmos, A., Tirado-Muñoz, J., Farré, M., & Torrens, M. (2018). The efficacy of computerized interventions to reduce cannabis use: A systematic review and meta-analysis. *Addictive Behaviors*, 79, 52–60. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.11.045>
39. Olthof, M. I. A., Blankers, M., Van Laar, M. W. (2019). Factsheet e-health cannabis. Utrecht: Trimbos-instituut.

Appendix I

Representativiteit van de steekproef

Leeftijd

Een independent samples t-test is uitgevoerd om de gemiddelde leeftijd van de twee steekproeven met elkaar te vergelijken. Uit de resultaten blijkt dat de laatste maand cannabisgebruikers uit de GHWO steekproef significant jonger zijn ($M=24.63$, $SD=7.41$, $n=993$) dan de laatste maand cannabisgebruikers uit de steekproef van de Gezondheidsenquête (GE) ($M=33.83$, $SD=14.16$, $N=279$; $t(321.8)=10.45$ $p<.001$).

Tabel 1 toont de verdeling naar leeftijd voor de laatste maand cannabisgebruikers uit beide steekproeven. In de GHWO steekproef is bijna 93% van de respondenten in de leeftijdscategorie 18-35 jaar, in de GE steekproef is dit 64%. In de GHWO steekproef is slechts 2% van de deelnemers 51 jaar of ouder, in de GE steekproef is dit bijna 16%. Het verschil in de verdeling van respondenten naar leeftijd is significant $\chi^2(2, N=1272)=163.39$, $p<.001$, $phi = .36$.

Tabel 1. Verdeling respondenten in percentages naar leeftijd tussen steekproeven

	GHWO ($n=993$)	Gezondheidsenquête 2017 ($n=279$)
18-35 jaar	92.6%	64.2%
36-50 jaar	5.7%	20.1%
51+ jaar	1.6%	15.8%

Geslacht

In de GHWO steekproef is onder de laatste maand cannabisgebruikers 67.2% man en 32.8% vrouw. In de GE steekproef is 69.9% man en 30.1% vrouw. Dit verschil is niet significant, $\chi^2(1, N=1271)=.59$, $p=.44$, $phi = .02$.

Opleidingsniveau

Tabel 2 laat de verdeling naar opleidingsniveau zien voor de laatste maand cannabisgebruikers uit de GHWO steekproef en GE steekproef. Zowel in de GHWO steekproef als in de GE steekproef zijn de meeste deelnemers middelbaar opgeleid. In de GE steekproef zijn relatief minder laagopgeleiden en relatief meer hoogopgeleiden dan in de GHWO steekproef. Het verschil in de verdeling van respondenten naar opleidingsniveau is significant, $\chi^2(2, N=1260)=20.46$, $p<.001$, $phi = .13$.

Tabel 2. Verdeling respondenten in percentages naar opleidingsniveau tussen steekproeven

	GHWO (n=985)	Gezondheidsenquête 2017 (n=275)
Laag opgeleid	22.3%	16.0%
Middelbaar opgeleid	54.2%	47.3%
Hoog opgeleid	23.5%	36.7%

Aantal werkuren per week

Tabel 3 toont de verdeling naar het aantal werkzame uren per week voor de laatste maand cannabisgebruikers uit de GHWO steekproef en de GE steekproef. Er lijken geen grote verschillen te bestaan, het verschil tussen de twee steekproeven in verdeling naar werkuren per week is dan ook niet significant, $\chi^2(3, N=1266) = 2.01, p = .57, phi = .04$.

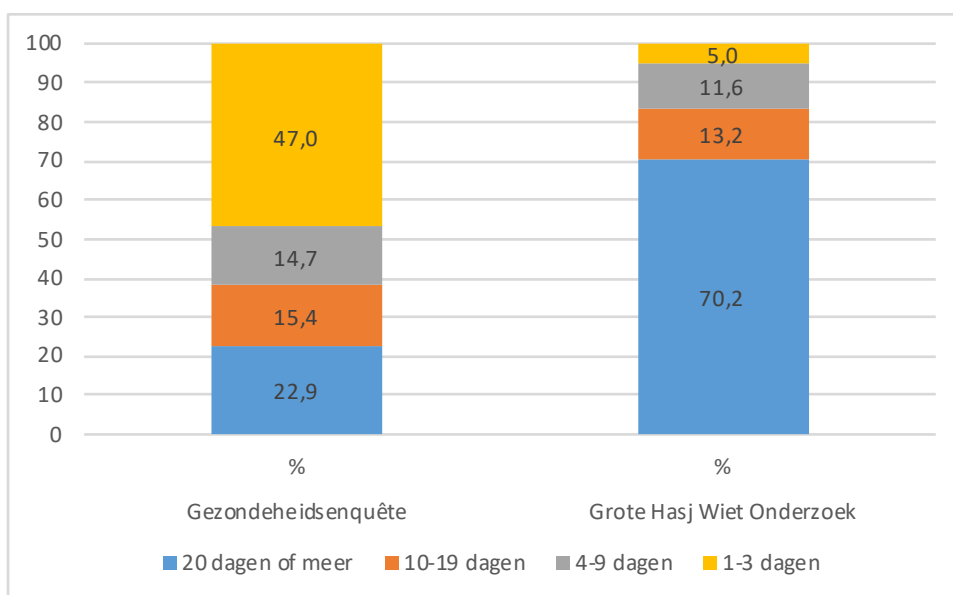
Tabel 3. Verdeling respondenten in percentages naar werkuren per week tussen steekproeven

	GHWO (n=987)	Gezondheidsenquête 2017 (n=279)
Niet werkzaam of <1 uur per week	28.6%	24.7%
1 t/m 11 uur per week	9.8%	10.0%
12 t/m 31 uur per week	24.2%	24.0%
32 uur per week of meer	37.4%	41.2%

Aantal gebruiksdagen in de afgelopen maand

In figuur 1 is de verdeling naar het aantal gebruiksdagen in de afgelopen 30 dagen weergegeven voor de laatste maand cannabisgebruikers uit beide steekproeven. Onder de respondenten in de GHWO steekproef gebruikte meer dan 70% op 20 dagen of meer in de afgelopen 30 dagen, in de GE steekproef was dit slechts 23%. In de GHWO steekproef gebruikte 5% van de respondenten 1-3 dagen in de afgelopen 30 dagen, in de GE steekproef was dit 47%. Het verschil in de verdeling van respondenten naar het aantal gebruiksdagen is significant, $\chi^2(3, N=1271) = 352.31, p < .001, phi = .53$.

Figuur 1. Verdeling respondenten in percentages naar aantal gebruiksdagen in de afgelopen 30 dagen tussen steekproeven



Aantal joints per blowdag

Een independents samples t-test is uitgevoerd om het gemiddeld aantal joints dat de deelnemers roken op een typische blowdag in de twee steekproeven met elkaar te vergelijken. In de GHWO steekproef roken de deelnemers significant meer joints per blowdag ($M=3.36$, $SD=2.27$, $N=991$) dan in de GE steekproef ($M=1.62$, $SD=1.46$, $N=279$; $t(693.4)=-15.36$, $p<.001$).

Tabel 5 toont de verdeling naar aantal joints per blowdag tussen de 2 steekproeven. In de GHWO steekproef rookt ongeveer 15% van de respondenten 1 joint of minder dan 1 joint per blowdag. In de GE steekproef is dit ruim 60%. Daarnaast rookt in de GHWO steekproef meer dan 10% van de respondenten 5 of meer joints per blowdag, in de GE steekproef is dit slechts 3%. Het verschil in de verdeling van respondenten naar aantal joints per blowdag is significant, $\chi^2(3, N=1264) = 287.46$, $p<.000$, $phi = .48$.

Tabel 5. Verdeling in percentages naar aantal joints per blowdag tussen steekproeven

	GHWO ($n=985$)	Gezondheidsenquête 2017 ($n=279$)
<1 of 1 joint	14.6%	63.4%
2 of 3 joints	49.5%	30.5%
4 of 5 joints	23.0%	3.2%
meer dan 5 joints	12.8%	2.9%

Roken van tabak (zonder cannabis)

In de GHWO steekproef geeft 80% van de laatste maand cannabisgebruikers aan dat zij wel eens tabak roken zonder hasj of wiet. In de GE steekproef geeft 72% van de laatste maand aan wel eens tabak te roken. Dit verschil is significant, $\chi^2 (1, N=1271)=7.73, p<.05, phi =.08$. Ook het percentage deelnemers dat dagelijks tabak rookt verschilt significant tussen de steekproeven. In de GHWO steekproef rookt 61% van de laatste maand cannabisgebruikers dagelijks, in de GE steekproef is dit 47%, $\chi^2 (1, N=1271) =15.41, p<.001, phi =.11$.

